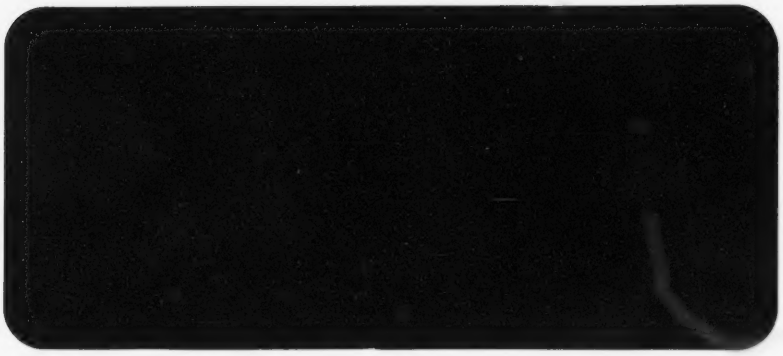
RAPPORT DE GESTION

2009-2010

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RAPPORT DE GESTION

2009-2010

Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des
services sociaux de la Côte-Nord

Note
Dans ce texte, le masculin est pris dans
son sens générique et désigne aussi bien
les femmes que les hommes

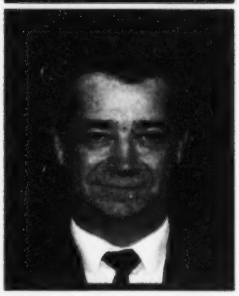
Coordination
Sandra Morin, adjointe au président-directeur général
Pascal Paradis, conseiller en communication

Mise en page
Karine Poirier, agente administrative

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2010

Dépôt légal - 4e trimestre 2010
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque de l'Assemblée nationale
ISBN 978-2-89003-220-0

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Monsieur le Ministre,

Il nous fait plaisir de vous déposer le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence) pour l'année 2009-2010. Les résultats présentés dans ce document témoignent des efforts consentis et de l'engagement de l'Agence et des établissements de la région pour que tous les Nord-Côtiers aient accès à une gamme de services de santé et de services sociaux de qualité et sécuritaires la plus large possible.

En général, les résultats obtenus dépassent les objectifs fixés, notamment en ce qui a trait au soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie et au nombre de personnes desservies par les services psychosociaux et chirurgicaux, autant sur le nombre d'interventions que le délai pour les réaliser. À cet égard, il importe de souligner les efforts soutenus des médecins spécialistes et des gestionnaires qui ont redoublé d'ardeur afin d'atteindre les cibles visées et même de les dépasser.

La situation est plus difficile, notamment en ce qui concerne les services spécialisés en déficience physique et la protection de la jeunesse qui rencontrent des difficultés majeures de recrutement de main-d'œuvre. La pénurie de personnel, qui continue de se faire sentir dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, représente un défi de taille. C'est pourquoi l'Agence complétera, de concert avec les établissements de la région, la démarche de planification de la main-d'œuvre qui permettra d'identifier les actions à mettre de l'avant pour solutionner le plus largement possible ces difficultés. Dans cette perspective, l'Agence poursuivra ses démarches concertées avec différents partenaires régionaux, entre autres, dans le cadre de l'Entente 3R.

L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services offerts à la population demeure au premier rang des priorités de l'Agence. L'ouverture, cette année, du centre d'hémodialyse à Sept-Îles en témoigne. Avec ce nouveau service, des gens de la région n'ont plus à se rendre à l'extérieur pour bénéficier de ce service, ce qui constitue un impact majeur sur leur qualité de vie. Le développement d'un service semblable est envisagé à Baie-Comeau pour desservir la population du pôle ouest de la Côte-Nord.

L'accès à un médecin est aussi un élément qui retient notre attention. Deux guichets d'accès pour la clientèle orpheline sont en fonction à Port-Cartier et à Sept-Îles. On prévoit la mise en place de deux autres guichets au cours de l'année 2010. Ils faciliteront l'accès aux services médicaux et une prise en charge adéquate lorsque requis. De plus, les établissements du réseau, en partenariat avec l'Agence, multiplient les démarches pour recruter de nouveaux médecins.

L'année qui vient de s'écouler sera sans contredit une année qui passera à l'histoire, puisque nous avons connu la plus importante campagne de vaccination jamais réalisée. La lutte à la pandémie de grippe A(H1N1) aura permis une mobilisation sans précédent du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de toute la Côte-Nord, permettant d'atteindre un des plus haut taux de vaccination au Québec, avec près de 71 % de la population vaccinée.

Cinq établissements de la région n'ont pas été en mesure de respecter l'objectif de l'équilibre budgétaire ou la cible déficitaire qui leur avait été fixée, et ce, même si des efforts importants ont été consentis de part et d'autre pour améliorer les façons de faire.

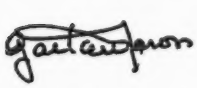
Dans le contexte économique actuel, il est évident que tous les acteurs du réseau devront travailler ensemble pour évaluer les opportunités qui permettront d'optimiser l'organisation et la prestation des services sur le territoire de la Côte-Nord, dans l'optique de réduire les frais administratifs pour réinvestir dans la consolidation des services à la population.

Nous pouvons vous assurer des meilleures dispositions des membres du conseil d'administration, de l'équipe de gestion et du personnel de l'Agence pour tout mettre en œuvre afin de relever les défis à venir et surtout de répondre aux besoins de services les plus essentiels de l'ensemble des Nord-Côtiers.

Les succès réalisés au cours de l'année résultent de l'engagement des administrateurs, des gestionnaires et des employés du réseau de services de la Côte-Nord qui assurent le meilleur accès possible à des services de qualité à toute la population et contribuent à l'amélioration de son bien-être. Nous les assurons de notre reconnaissance et leur transmettons nos plus sincères remerciements.

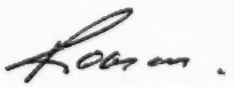
Veuillez recevoir, Monsieur le Ministre, nos plus cordiales salutations.

Le président-directeur général,



Gaétan Garon

Le président du conseil d'administration,



Réginald Caron

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

La Loi sur la santé publique demande au directeur de santé publique de produire un rapport annuel portant sur l'état de santé de la population et les actions de santé publique prises pour améliorer l'état de santé.

Les faits saillants des interventions de santé publique pour 2009-2010 portent sur la grippe A(H1N1), la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique et des plans d'action locaux de santé publique (PAR-PAL), l'approche intersectorielle et la santé environnementale.

GRIPPE A(H1N1)

Le réseau de la santé se préparait depuis quelques années à faire face à une pandémie de grippe pouvant entraîner un nombre élevé de malades et éventuellement de nombreux décès. Cette préparation et la survenue d'une pandémie beaucoup moins virulente sont assurément les éléments cruciaux pour expliquer le peu d'impact sociosanitaire de la grippe A(H1N1). Grâce à la fabrication d'un vaccin hautement efficace, environ 70 000 Nord-Côtiers ont été vaccinés dont 85 % parmi les groupes vulnérables. Ce résultat confère à notre population un niveau de protection élevé qui représente la meilleure défense contre une épidémie. À titre de directeur de santé publique, je considère que les bons choix ont été faits pour protéger la population, particulièrement les citoyens les plus vulnérables.

MISE À JOUR DU PAR-PAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Adopté en 2004, le Plan d'action régional de santé publique 2004-2012 se voulait le document de référence au déploiement de la santé publique sur la Côte-Nord. À mi-parcours, il s'avérait nécessaire d'évaluer le chemin parcouru et d'ajuster nos objectifs. Au cœur des réalisations, on constate certains faits saillants :

- ⇨ Mise en place d'une table régionale en infections nosocomiales qui coordonne le déploiement d'un plan d'action;
- ⇨ Signature d'une entente entre la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord et l'Agence qui a consolidé l'approche intersectorielle en développement social;
- ⇨ Élaboration d'un plan d'action en saines habitudes de vie qui définit les orientations du réseau de la santé;
- ⇨ Réalisation d'enquêtes et d'analyses qui font l'objet de diffusion continue concernant les paramètres sociosanitaires de la population.

Cependant, le comité de coordination en santé publique souhaitait la rédaction d'un document unique qui intégrerait la vision stratégique régionale et locale et des objectifs communs. Un nouveau document appelé PAR-PAL fut réalisé conjointement et servira de référence en santé publique lors du déploiement de la planification stratégique 2010-2015 de l'Agence.

APPROCHE INTERSECTORIELLE

L'année 2009-2010 constitue la première année complète de l'application de la stratégie intersectorielle favorisant le déploiement des plans d'action gouvernementaux sur la pauvreté et les saines habitudes de vie. Cette stratégie a permis de soutenir de nombreux projets en accentuant la collaboration et la concertation entre les ministères et les organismes. La réponse au défi d'assurer une meilleure liaison entre les acteurs de l'action sur le terrain et les organismes gouvernementaux est prometteuse.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La santé environnementale constitue une fonction importante de la protection de la santé publique, malgré le peu de ressources dédiées à ce dossier. Les stratégies d'intervention sont complexes (intersectorialité, mobilisation communautaire, avis de santé publique) et exigent un recours fréquent à de l'expertise externe, principalement l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). L'année 2009-2010 a été marquée par trois dossiers majeurs : l'insalubrité de l'eau potable au parc Murray, la contamination des logements à l'Office municipal d'habitation (OMH) de Baie-Comeau et la contestation des projets miniers sur l'uranium.

En mai 2009, les 150 résidents du parc Murray, près de Baie-Comeau, apprenaient que l'eau de leur réseau était impropre à la consommation. La recherche de solutions a nécessité la mobilisation des mesures d'urgence et de nombreux ministères. La santé publique, en collaboration avec le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Manicouagan, a assuré la protection de la population et le soutien aux regroupements des résidents. Cette situation constitue un exemple de la fragilité des petits réseaux d'eau potable dans la capacité de respecter les obligations réglementaires. Par contre, nous devons signaler la collaboration des autorités municipales de Pointe-Lebel sur le territoire où se trouve le parc Murray pour assister les résidents.

À l'été 2009, le comité des locataires de l'OMH de Baie-Comeau s'inquiétait du nombre élevé de logements présentant des signes d'insalubrité. Ceci a entraîné la tenue d'une enquête majeure qui a permis de relocaliser les personnes présentant des problèmes de santé et de prioriser les rénovations. Les responsables de l'OMH ont bénéficié de l'expertise extérieure pour parfaire leur approche d'évaluation des bâtiments en présence d'humidité et de moisissures. Le CSSS de Manicouagan a accompagné le comité des locataires pour s'assurer que le mode de communication est adéquat et qu'il utilise les leviers mis à leur disposition pour faire valoir leurs droits.

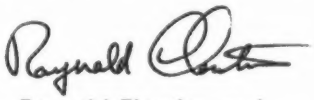
L'uranium a constitué, à l'automne 2009, un dossier choc puisqu'il était accompagné d'une menace de démission d'un nombre important de médecins à Sept-Îles. Cette pression des citoyens de Sept-Îles a entraîné la mise sur pied d'un groupe de travail qui se penchera sur les impacts d'un projet uranifère sur l'environnement, mais plus particulièrement sur la santé de la population. L'acceptabilité sociale d'un projet de mine d'uranium présente plusieurs facettes, mais repose généralement sur une information transparente et objective. Le groupe de travail considère qu'en

utilisant l'expertise provinciale et nationale, nous sommes à même d'informer adéquatement la population. Les travaux s'étaleront sur une période de plus de deux ans et la tenue d'un forum populaire à mi-parcours permettra de présenter les premiers résultats et de vérifier les attentes de la population.

Ces trois exemples font ressortir la complexité des problématiques de santé environnementale et leur effet significatif sur la santé et le mieux-être de la population. Au cours des prochaines années, la Direction de santé publique souhaite mieux comprendre les situations environnementales qui préoccupent la population et, conséquemment, travailler à une concertation efficace pour contrer les effets sur la santé publique.

En conclusion, on constate un avancement significatif dans la mise en place d'actions en santé publique, particulièrement au regard des maladies infectieuses et de la concertation intersectorielle. Les défis des prochaines années se retrouvent dans l'acquisition de saines habitudes de vie et dans le maintien d'un environnement sain et propice au mieux-être de notre population.

Le directeur de santé publique,



Raynald Cloutier, m.d.

DÉCLARATION PAR LE PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

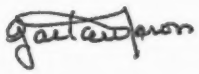
Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009-2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord :

- ⇨ présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- ⇨ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009-2010.

Signé à **Baie-Comeau**, le **8 juin** 2010



Nom : **Gaétan Garon**

Titre : **Président-directeur général**

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

La région 3
La mission 3
Le conseil d'administration 4
Le code d'éthique et de déontologie 4
Le Forum de la population 5
La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 6
La Commission infirmière régionale 7
La Commission multidisciplinaire régionale 7
Le Département régional de médecine générale 8
Le comité régional sur les services pharmaceutiques 10
Le comité de gestion du réseau - Côte-Nord 11
La structure de l'Agence 11
Les établissements 12
Les communautés autochtones 14
Les organismes communautaires 15
Les ressources intermédiaires et de type familial 17
Les ressources humaines 18
Les ressources et la sécurité des actifs informationnels 20
La sécurité civile - mission santé 21
Les communications 22

CHAPITRE II - Les services à la population

LES SERVICES GÉNÉRAUX 27
1. Ligne Info-Santé/Info-Social 27
2. Services infirmiers et psychosociaux généraux 28
3. Effectifs médicaux 28
4. Services offerts en violence conjugale et en agression sexuelle 29

LA SANTÉ PHYSIQUE 31
1. Services d'urgence 31
2. Lutte au cancer 32
3. Chirurgie 34
4. Accès aux services spécialisés 34
5. Services préhospitaliers d'urgence 36
6. Dossier de santé du Québec 38
7. Guichet d'accès pour la clientèle orpheline 40
8. Organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale 40

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 41
1. Services dans la communauté 41
2. Services en CHSLD 42
3. Faits saillants 42
   - 3.1 Amélioration des services en CHSLD 42
   - 3.2 Plan d'action régional 43
   - 3.3 Ressources d'hébergement non institutionnelles 44
   - 3.4 Résidences privées pour personnes âgées 44
   - 3.5 Logement social 45
   - 3.6 Système régional d'admission 45

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE **46**
1. Soutien à domicile 46
2. Services spécialisés 47
3. Services de première ligne - personnes handicapées 48

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT **49**
1. Soutien à domicile 49
2. Services de première ligne - personnes handicapées 50

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ **51**
1. Services de première ligne 51
2. Services de deuxième ligne 52
3. Faits saillants 53

LES DÉPENDANCES **54**
1. Toxicomanie 54
2. Jeu pathologique 54

LA SANTÉ MENTALE **55**
1. Services de première ligne 55
2. Services de deuxième ligne 55
3. Services de crise et d'intégration dans la communauté 56
4. Services d'urgence 57
5. Faits saillants 57

LA SANTÉ PUBLIQUE **59**
1. Prévention et promotion de la santé 59
   - 1.1 Saines habitudes de vie (0-5-30) 59
   - 1.2 Périnatalité 63
   - 1.3 Prévention et promotion de la santé en milieu scolaire 66
   - 1.4 Santé dentaire 67
   - 1.5 Traumatismes non intentionnels 68
2. Développement social et développement des communautés 69
3. Santé environnementale 69
4. Santé au travail 71
5. Maladies infectieuses 72
   - 5.1 Maladies à déclaration obligatoire et autres signalements 72
   - 5.2 Vaccination 74
   - 5.3 Prévention et contrôle - infections nosocomiales 77
   - 5.4 Formation 78
   - 5.5 Bulletin de santé publique 78
6. Surveillance et évaluation 79

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE **80**
1. Personnel du réseau et du Ministère 80
2. Mesures de contrôle 81
3. Qualité des services et traitement des plaintes 82
   - 3.1 Qualité des services 82
   - 3.2 Traitement des plaintes 83
4. Réalités masculines 84
5. Accès aux services en langue anglaise 84

CHAPITRE III - Les informations financières

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX **87**
1. Équilibre budgétaire 87
2. Gestion des bâtiments et des équipements 88
3. Fonds régionaux 88

3.1 Immobilisations 88
3.2 Équipements 90
3.3 Location d'espace 92
3.4 Autorisations d'emprunts 93
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 94
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR À L'ÉGARD DES COÛTS RELATIFS À LA PANDÉMIE DE GRIPPE A(H1N1) 95
LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 96
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 97
1. Résultats 97
2. Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2010 108

ANNEXES

A - Code d'éthique et de déontologie
B - Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2009-2010
C - Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2009

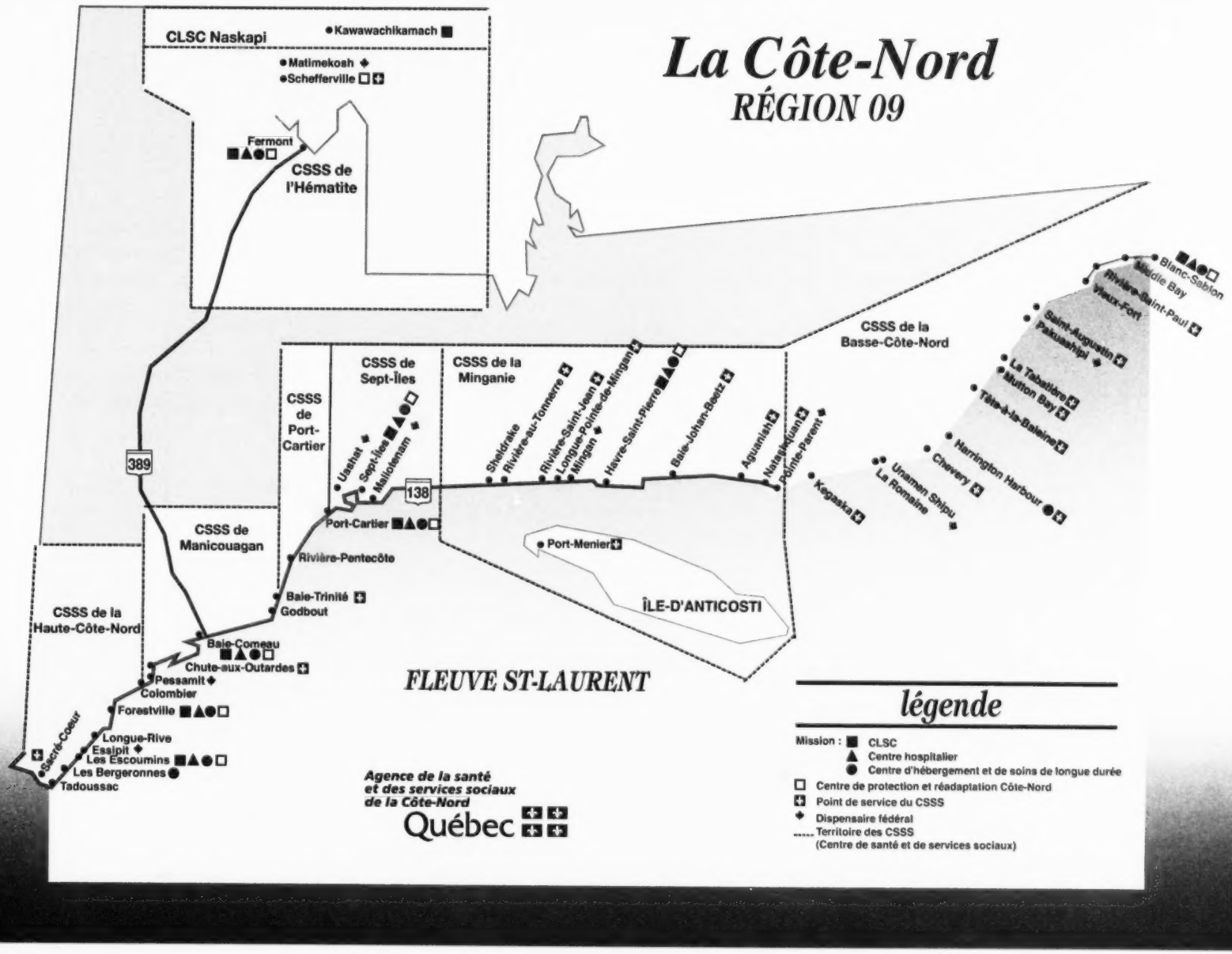
FIGURE

1 - Schéma organisationnel 2009-2010 12

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

ACIA	Agence canadienne d'inspection des aliments
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
ARSE	Association régionale du sport étudiant de la Côte-Nord
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CDD	Centre de dépistage désigné
CGR	Comité de gestion du réseau
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIPS	Centre d'intervention et de prévention du suicide
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
EVAQ	Évacuations aéromédicales du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
HLM	Habitation à loyer modique
I-CLSC	Intégration CLSC
IAB	Initiative amis des bébés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMH	Office municipal d'habitation
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PACS	Système d'archivage numérique des services de radiologie
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PAR-PAL	Plan d'action régional et plans d'action locaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein

PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI-RTF	Ressources intermédiaires et de type familial
RLS	Réseau local de service
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SAG	Syndrome d'allure grippale
SARDM	Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
S/O	Sans objet
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
TED	Trouble envahissant du développement
TRIPPS	Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
VPH	Virus du papillome humain


La Côte-Nord
RÉGION 09
CLSC Naskapi
Kawawachikamach
Matimekosh
Schefferville
Fermont
CSSS de l'Hématite
CSSS de la Basse-Côte-Nord
Blanc-Sablon
Middle Bay
Rivière-Saint-Paul
Vieux-Fort
Saint-Augustin
Pakuashipi
La Tabatière
Mutton Bay
Tête-à-la-Baleine
Harrington Harbour
Chevery
Unamen Shipu
La Romaine
Kegaska
CSSS de Sept-Îles
CSSS de la Minganie
CSSS de Port-Cartier
Uashat
Sept-Îles
Mallotenam
Sheldrake
Rivière-au-Tonnerre
Rivière-Saint-Jean
Longue-Pointe-de-Mingan
Mingan
Havre-Saint-Pierre
Baie-Johan-Beetz
Aguanish
Natashquan
Pointe-Parent
389
138
Port-Cartier
Port-Menier
ÎLE-D'ANTICOSTI
CSSS de Manicouagan
Rivière-Pentecôte
Baie-Trinité
Godbout
CSSS de la Haute-Côte-Nord
Baie-Comeau
Chute-aux-Outardes
Pessamit
Colombier
Forestville
Sacré-Cœur
Longue-Rive
Essipit
Les Escoumins
Les Bergeronnes
Tadoussac
FLEUVE ST-LAURENT
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Québec
légende
Mission :
CLSC
Centre hospitalier
Centre d'hébergement et de soins de longue durée
Centre de protection et réadaptation Côte-Nord
Point de service du CSSS
Dispensaire fédéral
Territoire des CSSS
(Centre de santé et de services sociaux)

CHAPITRE 1

Présentation de l'Agence et des activités de soutien au réseau nord-côtier

LA RÉGION

Selon les plus récentes projections de population de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et diffusées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en janvier 2010, la Côte-Nord compte 95 291 habitants au 1er juillet 2009. Le territoire desservi par l'Agence s'étend de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville.

Les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent 48 136 personnes au 1er juillet 2009, soit la moitié de la population (50,5 %). Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km^2. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés innues et une naskapie. D'après les données du recensement de 2006, la région compte quelque 12 175 autochtones, soit environ 12,7 % de la population régionale. On estime qu'environ 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une réserve.

La population de la Côte-Nord est aussi un peu plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. Les statistiques de 2009 révèlent que 29,2 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 28,4 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs proportionnellement moins nombreuses qu'au Québec, même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 13,3 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour environ 15 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 62 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme langue maternelle, soit environ 3 400 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit

s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et s'arrimer aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2010 :

⇨ Berthelot, Marlène	Commission infirmière régionale	Sept-Îles
⇨ Bossé, Isabelle	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
⇨ Caron, Réginald (président)	Organismes socioéconomiques	Baie-Comeau
⇨ Dubé, Roger	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
⇨ Foster, Céline (vice-présidente)	Comité des usagers des établissements	Forestville
⇨ Hovington, Luciana D.	Milieu communautaire	Sacré-Cœur
⇨ Jones, Carmelle	Membre coopté	Basse-Côte-Nord
⇨ Landry, Jacques	Organismes socioéconomiques	Natashquan
⇨ Mousseau, Robert	Membre coopté	Fermont
⇨ Ouellet, Alain	Organismes du secteur public de l'enseignement	Baie-Comeau
⇨ Riverin, Victoria	Membre coopté	Pessamit
⇨ Tremblay, Clermont	Centres de santé et de services sociaux	Port-Cartier
⇨ Tremblay, Guillaume	Milieu syndical	Baie-Comeau
⇨ Verret, Stéphane	Commission multidisciplinaire régionale	Sept-Îles
⇨ Garon, Gaétan	Président-directeur général	Baie-Comeau

Au total, six rencontres ont été tenues entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010, dont trois par conférence téléphonique.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2010 :

- ⇨ Hovington, Luciana D.
- ⇨ Mousseau, Robert
- ⇨ Tremblay, Clermont (président)

Durant l'année qui vient de s'écouler, trois réunions ont été tenues.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe A. Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Un comité d'éthique et de déontologie voit à son application. Ce comité compte trois membres du conseil d'administration dont le mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui font partie du comité :

- Berthelot, Marlène (présidente)
- Ouellet, Alain
- Verret, Stéphane

À noter que, au cours de l'année 2009-2010, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

LE FORUM DE LA POPULATION

Le Forum de la population est une avenue novatrice visant à connaître le point de vue des citoyens et des usagers des services de santé et des services sociaux sur l'organisation des services. Le Forum associe la population à la définition des orientations régionales en matière de santé et de services sociaux.

Instance consultative auprès de l'Agence, le Forum est composé de quinze membres. Il est responsable :

- D'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être;
- De formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

Voici la liste des personnes qui composent cette instance ainsi que les territoires ou catégories représentés :

Boudreau, Carol	Territoire du CSSS de Port-Cartier	Port-Cartier
Carbonneau Hounsell, Lise	Personnes âgées de 55 ans et plus	Natashquan
Cummings, René	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Desjardins, Lyse	Comité des usagers	Baie-Comeau
Einish, Sam	Territoire du CLSC Naskapi	Kawawachikamach
Émond, Claudine	Territoire du CSSS de Manicouagan	Ragueneau
Harel-Montigny, Denise	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau
Larue, Marguerite	Territoire du CSSS de Manicouagan	Baie-Comeau
Lebrun, Harold	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Lepage, Michel	Territoire du CSSS de Sept-Îles	Sept-Îles
Mauger, Dan	Communautés anglophones	Chevery
Pellerin, Nicole	Territoire du CSSS de la Haute-Côte-Nord	Colombier
Rodgers, Louise	Territoire du CSSS de la Minganie	Rivière-Saint-Jean
Roy, Mélanie	Personnes âgées de 35 ans et moins	Fermont

Le poste représentant les communautés innues est actuellement vacant. Aucune rencontre n'a eu lieu en 2009-2010.

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Dans le cadre de ses responsabilités, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est appelée à se prononcer sur les diverses questions entourant l'organisation des services spécialisés en région, notamment l'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des plans d'organisation de services, la définition d'un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés, le déploiement des équipements médicaux spécialisés, les projets relatifs à l'utilisation des médicaments et l'instauration des corridors de services proposés par le réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée comprend dix membres.

À titre de représentants des chefs de département de médecine spécialisée, nous retrouvons :

⇨ Dre Isabelle Bossé	Chef du département d'obstétrique et de gynécologie	CSSS de Sept-Îles
⇨ Dr André Crépeau	Chef du département clinique de radiologie	CSSS de Sept-Îles
⇨ Dre Isabelle Gingras	Chef du département de psychiatrie	CSSS de Sept-Îles
⇨ Dr Dominique Gionet	Chef du département de médecine interne	CSSS de Sept-Îles
⇨ Dr Yves Girard	Chef du département de médecine interne	CSSS de Manicouagan
⇨ Dre Marie-Claude Lebel (présidente)	Chef du département de chirurgie	CSSS de Manicouagan
⇨ Dre Suzanne Roberge	Chef du service de gynécologie	CSSS de Manicouagan
⇨ Dr Stéphane Thériault	Chef du département d'anesthésiologie	CSSS de Sept-Îles

Le président-directeur général de l'Agence, de même que la directrice des affaires médicales, de la santé physique et des immobilisations, complètent d'office la composition de cette instance.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, dont la création date de juin 2006, a tenu une rencontre au cours de l'année, notamment pour y aborder les sujets suivants :

- ⇨ Équipements médicaux spécialisés - orientation régionale;
- ⇨ Organisation des services;
- ⇨ Nomination d'un président en vue d'entamer le processus d'élections pour le remplacement des membres.

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services infirmiers. Au 31 mars 2010, la composition de la CIR était la suivante :

⇨ Albert, France	Membre coopté	CSSS de Sept-Îles
⇨ Berthelot, Marlène (présidente)	Direction des soins infirmiers	CSSS de Sept-Îles
⇨ Chamberland, Danie	Membre observateur	CSSS de l'Hématite
⇨ Fournier, Juliette	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord
⇨ Gagnon, Brigitte	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Sept-Îles
⇨ Girard, Francine	Direction des soins et milieu de vie	CSSS de Port-Cartier
⇨ Joncas, Martine	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
⇨ Monger, Marielle	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Basse-Côte-Nord
⇨ Morin, Isabelle	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	CSSS de Manicouagan
⇨ Savard, Lucie	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Manicouagan
⇨ Talbot, Manon	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Sept-Îles
⇨ Tremblay, Nathalie	Membre observateur	CSSS de Sept-Îles
⇨ Vigneault, Mireille	Membre observateur	CSSS de la Minganie
⇨ Boivin, Lise	Personne désignée par le président-directeur général	Agence

En 2009-2010, la CIR a tenu deux rencontres. Les dossiers des infirmières praticiennes spécialisées, les projets de préceptorat (méthode d'apprentissage et d'enseignement impliquant une infirmière d'expérience), de réorganisation du travail et la formation des infirmières et des infirmières auxiliaires à la thérapie intraveineuse ont été au cœur des discussions.

La CIR a transmis des lettres d'appui pour les programmes suivants :

- ⇨ Orientations régionales en matière de dépendances;
- ⇨ Plan régional d'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse;
- ⇨ Programme régional de lutte contre le cancer.

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de formuler des avis au conseil d'administration sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers. Voici les membres de la CMuR au 31 mars 2010 :

⇨ Blais, Denis	CPRCN (Centre jeunesse, Baie-Comeau)
⇨ Gagné, Annie	CSSS de l'Hématite
⇨ Landry, Karine (présidente)	CPRCN (Centre Le Canal)
⇨ Lebel, Annie	CSSS de Port-Cartier
⇨ Naud, Marie-Pierre	CPRCN (Centre jeunesse, Sept-Îles)
⇨ Pelletier, Jocelyn	Cégep de Baie-Comeau
⇨ Rioux, Anne	CSSS de Manicouagan
⇨ Salvas, Chantal	CPRCN (Centre de réadaptation L'Émergent, Sept-Îles)
⇨ Verret, Stéphane	CSSS de Sept-Îles
⇨ Prévost, André	Agence
⇨ Vacant	Poste dévolu volet « techniques »

La CMuR s'est réunie deux fois au cours de la dernière année. Les membres ont été consultés sur le projet d'orientation en dépendances. Ils se sont montrés favorables aux orientations proposées, tout en souhaitant le renforcement du suivi en première ligne.

Le projet d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) a été présenté à la CMuR. Les membres considèrent le RSIPA comme très intéressant et en lien avec les programmes qui s'appuient sur les meilleures pratiques (dépistage, outils standardisés, référence, coordination et continuum de soins, etc.).

La CMuR a discuté des préparatifs de lutte à la pandémie. Les impacts sur les services psychosociaux ont été abordés. Il fut notamment question du repérage de la clientèle vulnérable, des ententes de service CSSS-organismes communautaires ainsi qu'avec les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF) et la pertinence de la présence d'intervenants psychosociaux lors des cliniques de vaccination.

Le projet de Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, adopté le 18 juin 2009, a aussi retenu l'attention de la CMuR. Cette Loi prévoit que de nouveaux titres et de nouvelles activités seront réservés dès l'entrée en vigueur des dispositions législatives.

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins œuvrant en établissement.

Ses principaux mandats :

- ⇨ Faire des recommandations sur le plan des effectifs médicaux touchant les omnipraticiens;
- ⇨ Définir et proposer un plan d'organisation des services médicaux généraux et s'assurer de sa mise en place;
- ⇨ Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux;
- ⇨ Faire des recommandations sur la nature des services médicaux généraux découlant des programmes considérés prioritaires;
- ⇨ Faire des recommandations sur la liste des activités médicales prioritaires;
- ⇨ Évaluer l'atteinte des objectifs quant au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et au plan des effectifs en omnipratique.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Docteur Roger Dubé, chef du département, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Les membres du comité de direction sont :

⇨ Dre Chantal Baril	Sept-Îles
⇨ Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	Baie-Comeau
⇨ Dr Pierre Gosselin	Port-Cartier
⇨ Dr Rémi Mercier	Les Escoumins
⇨ Dr Pierre Moore	Havre-Saint-Pierre
⇨ Dre Élisabeth Paradis	Blanc-Sablon
⇨ Dr Raynald Pilon	Fermont
⇨ Dre Claudette Viens	Bergeronnes

Au cours de l'année 2009-2010, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises et a tenu, par conférence téléphonique, une rencontre extraordinaire.

Voici quelques sujets abordés :

- ⇨ Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier;
- ⇨ Mesures incitatives non négociées;
- ⇨ Gestion du plan d'effectifs en omnipratique, détermination des objectifs de croissance aux établissements, octroi d'avis de conformité;
- ⇨ Gestion des ententes particulières :
  - Plan régional d'effectifs médicaux (PREM);
  - Activités médicales particulières;
  - Lettres d'ententes;
- ⇨ Programme de boursiers en médecine de famille;
- ⇨ Renouvellement de certains projets des groupes de médecine familiale (GMF);
- ⇨ Détermination des besoins en omnipratique;
- ⇨ Équipements médicaux spécialisés (travaux du comité);
- ⇨ Accessibilité aux services de première ligne pour la clientèle vulnérable et orpheline;
- ⇨ Nomination des coordonnateurs médicaux locaux pour la mise en place des guichets d'accès;
- ⇨ Implication étroite dans le dossier de la pandémie et de la mise en place de l'équipe clinico-administrative dans chacun des CSSS du territoire (Triumvirat);
- ⇨ Recrutement médical;
- ⇨ Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Orientations régionales du programme-services Dépendances 2009-2012;
  - Périnatalité et allaitement maternel (programme de formation);
  - Projet de plan d'action de la lutte contre le cancer;
  - Hémodialyse;
  - Programme de recherche sous la responsabilité du Service de surveillance en santé publique.

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et les pharmaciens œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le CRSP exerce entre autres les mandats suivants :

- ⇨ Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- ⇨ Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- ⇨ Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. Madame Alice Bourgeois, présidente du comité, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Les membres du comité de direction sont :

⇨ Bourgeois, Alice (présidente)	Chef de département	CSSS de Sept-Îles
⇨ Comeau, Sylvie	Pharmacienne en établissement	CSSS de Manicouagan
⇨ Lacombe, Christine	Pharmacienne propriétaire	Baie-Comeau
⇨ Saint-Pierre, Nancy	Pharmacienne propriétaire	Chute-aux-Outardes

Siègent également au CRSP, le président-directeur général, la directrice des affaires médicales, de la santé physique et des immobilisations et la responsable du dossier pharmacie à l'Agence.

Au cours de l'année 2009-2010, le CRSP s'est réuni une seule fois. Le contexte des négociations entre l'Association des pharmaciens des établissements de santé (APES) et le MSSS ainsi que la pandémie de grippe A(H1N1) ont ralenti les activités du CRSP.

SYSTÈMES AUTOMATISÉS ET ROBOTISÉS POUR LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS (SARDM) EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

Le projet SARDM découle des travaux de planification de la main-d'œuvre en pharmacie et en soins infirmiers. Il vise principalement à favoriser le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre par la création d'un milieu de travail moderne et stimulant, tout en rehaussant la qualité et la sécurité du circuit du médicament dans les établissements de santé. Il touche également l'utilisation optimale des ressources.

Dans le cadre de la phase 1 de SARDM, les CSSS nord-côtiers ont révisé leur organisation du travail (révision des processus, délégation des tâches au personnel technique). Les CSSS de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord ont déployé des équipements permettant d'améliorer et de sécuriser le circuit du médicament. Un financement tripartite MSSS-Agence-CSSS a permis l'acquisition d'emballeuses-ensacheuses automatisées et de chariots de distribution de médicaments.

LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU – CÔTE-NORD

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, le président-directeur général de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plate-forme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à neuf reprises au cours de l'année 2009-2010, dont trois rencontres par conférence téléphonique.

LA STRUCTURE DE L'AGENCE

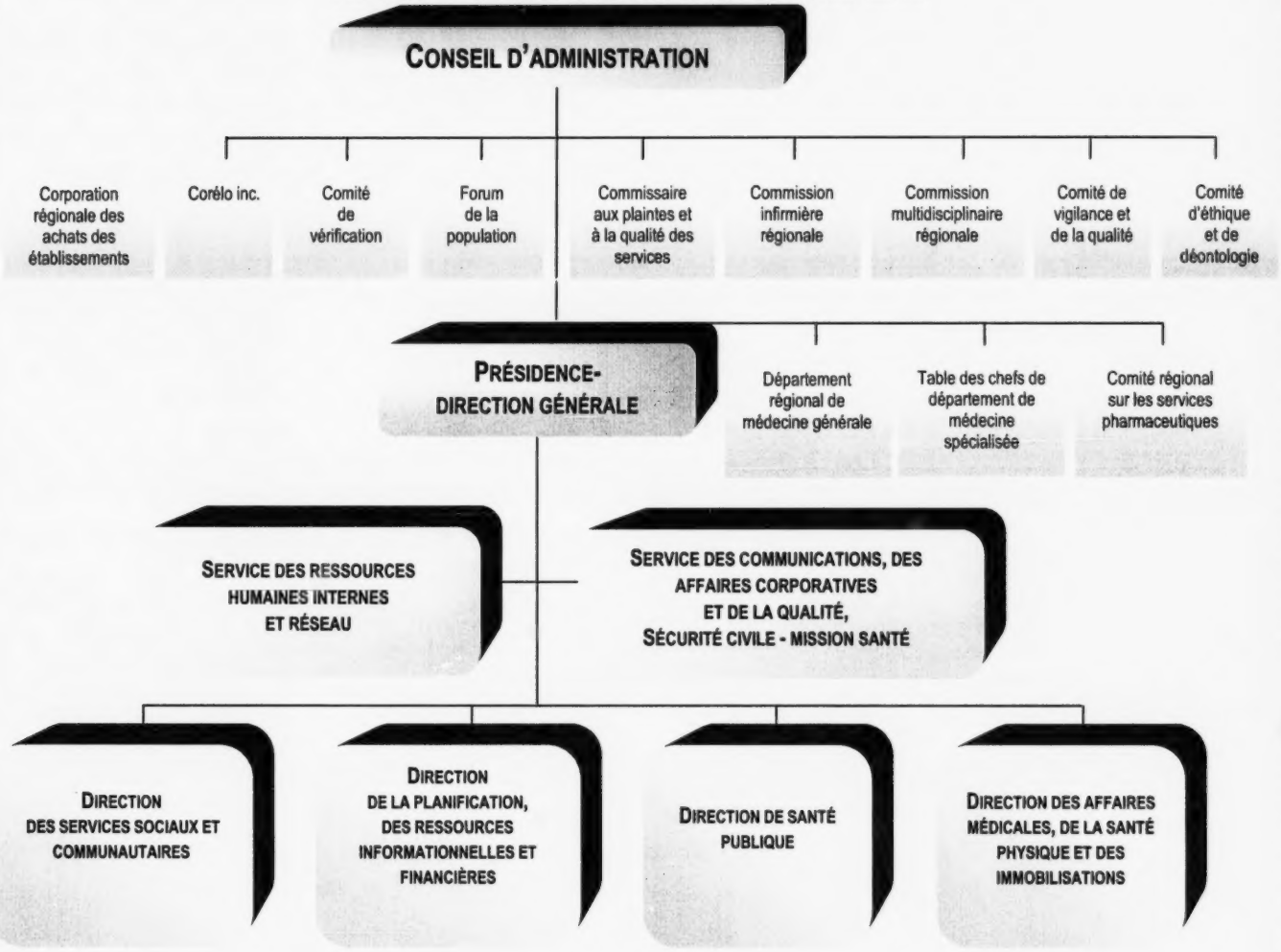
Au 31 mars 2010, le plan d'organisation de l'Agence repose sur cinq directions :

- ⇨ Direction générale;
- ⇨ Direction de santé publique;
- ⇨ Direction des services sociaux et communautaires;
- ⇨ Direction des affaires médicales, de la santé physique et des immobilisations;
- ⇨ Direction de la planification, des ressources informationnelles et financières.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et le schéma organisationnel de l'Agence.

EFFECTIF DE L'AGENCE AU 31 MARS 2010		EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Employé cadre	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	17,00	17,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,40	
	Cadre en stabilité d'emploi		
Employé régulier	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	69,00	67,75
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	2,40	1,80
	Employés en sécurité d'emploi		
Employé occasionnel	Heures rémunérées	13 164,81	19 192,60
	Équivalents temps complet	7,20	10,51

FIGURE 1 - SCHÉMA ORGANISATIONNEL 2009-2010



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte neuf établissements dont sept CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) qui regroupe quatre missions.

MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social à Les Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Les Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Coeur au nord et la communauté innue d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 11 948 habitants.

MRC DE MANICOUAGAN

Le CSSS de Manicouagan, dont le centre administratif est à Baie-Comeau, compte des points de service à Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La municipalité régionale de comté (MRC) de Manicouagan regroupe 32 349 habitants. Ce territoire débute avec la communauté innue de Pessamit et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau, avec ses 22 044 habitants, est la municipalité la plus populeuse de ce territoire administratif.

MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 35 250 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 27 457 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 26 092 résidents. Ce secteur compte également la communauté innue de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert une population de 7 793 personnes, qui inclut les résidents du secteur Gallix de la ville de Sept-Îles, couvert par cet établissement.

MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 4 028 personnes.

Le CSSS de l'Hématite est situé dans la ville de Fermont et dessert une population de 3 428 habitants.

Légalement constitué en 2001 en vertu de l'entente du Nord-Est québécois, le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie à Kawawachikamach (600 habitants).

MRC DE LA MINGANIE

C'est à Havre-Saint-Pierre (3 185 habitants) que se trouve le CSSS de la Minganie, qui compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). On retrouve deux communautés autochtones sur le territoire. La MRC de la Minganie compte une population de 6 339 habitants.

MRC DU GOLFE-DU-SAINT-LAURENT

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 377 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés innues.

Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés dans lesquels sont offerts des services de dispensaire.

MISSION RÉGIONALE

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en toxicomanie ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont dispensés dans une trentaine de points de service, et ce, dans toutes les MRC, y compris sur le territoire de la Basse-Côte-Nord.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Le comité régional, regroupant des représentants des établissements et des centres de santé autochtones, s'est réuni à trois reprises l'an dernier et un plan d'action a été déposé. Parmi les sujets abordés, notons la représentation des communautés innues au conseil d'administration des établissements de santé, les responsabilités particulières entre les gouvernements fédéral et provincial relatives au transport médical pour les Innus et l'harmonisation des services de réadaptation physique.

La pandémie de grippe A(H1N1) a permis de développer des mécanismes de concertation et un réseau de communication avec les services de santé autochtones et Santé Canada. La collaboration entre les différents acteurs a été excellente.

En août 2009, le ministre des Affaires indiennes et du Nord Canada annonçait un financement additionnel de 59,8 millions de dollars sur cinq ans aux communautés autochtones non conventionnées leur permettant de développer des services sociaux de première ligne selon une approche de développement des communautés. Toutes les communautés innues du territoire sont visées. Ces services, qui ciblent les jeunes en difficulté et leur famille, devraient notamment contribuer à diminuer, de façon significative, le placement d'enfants à l'extérieur des communautés.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais des volets mission globale et entente de service, nous permet de soutenir 100 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 9 707 574 $, et ce, excluant les subventions attribuées dans le cadre des projets ponctuels, de la formation, de la sécurité alimentaire et du programme pour les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA). Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS ainsi que par le Cadre de reconnaissance et de financement en termes de reddition des comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de leurs états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes. Un processus d'analyse permet à l'Agence d'effectuer le suivi de gestion des fonds publics dédiés au soutien communautaire.

FINANCEMENT PSOC			
Organisme	**Subvention 2008-2009 ($)***	**Subvention 2009-2010 ($)***	**Catégorie**
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	17 781	25 871	Troubles envahissants du développement
Actions Sida Côte-Nord	55 040	62 115	VIH-SIDA
Ado-Cité – Maison des jeunes	36 774	37 331	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute Côte-Nord inc.	10 750	14 576	Déficience physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	17 710	23 246	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	20 345	20 687	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel Baie-Comeau inc. (APAME)	67 856	68 806	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	17 571	20 352	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	23 536	23 866	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	6 181	6 268	Déficience physique
Association Fibromyalgie de Duplessis	11 135	14 952	Déficience physique
Association l'Envolée de la Côte-Nord	13 278	16 161	Santé mentale
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	17 783	25 873	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	73 247	74 272	Santé mentale
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité (A.Q.E.A.), Chapitre Côte-Nord	6 220	1 555	Déficience physique
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	28 321	28 717	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	92 317	108 211	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	120 352	126 904	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	217 424	225 876	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	57 049	57 848	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - région Côte-Nord	314 107	343 504	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	166 748	169 082	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	143 742	145 754	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 122	-	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	170 412	172 798	Centres de femmes
Centre des femmes de Forestville	170 405	172 791	Centres de femmes
Centre d'intervention et de prévention du suicide Côte-Nord	381 510	386 851	Santé mentale
Centre d'intervention Le Rond-Point	110 487	112 034	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux quatre vents	170 404	172 790	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	170 506	172 893	Centres de femmes

FINANCEMENT PSOC			
Organisme	Subvention 2008-2009 ($)*	Subvention 2009-2010 ($)*	Catégorie
Club des Citoyens Seniors de Chevery	17 532	22 645	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	12 375	15 280	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes	42 158	63 028	Santé physique
Comité action jeunesse de Bergeronnes	31 396	22 203	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	31 396	31 893	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	15 245	5 825	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	31 396	22 203	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	5 075	5 146	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	5 075	5 146	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	5 075	5 146	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	30 657	31 143	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	20 297	25 772	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	20 297	25 772	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	187 851	190 481	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 122	2 513	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	24 743	32 539	Santé mentale
Espace Côte-Nord	111 024	112 578	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	57 058	57 857	Déficiences multiples
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	68 977	69 943	Santé mentale
Hom'asculin Port-Cartier	38 706	43 742	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	39 376	44 396	Autres ressources hommes
La croisée, un organisme de justice alternative	230 099	233 320	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	589 222	597 001	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	29 366	29 834	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	100 716	102 126	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	106 069	106 159	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	29 366	29 834	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	47 478	48 196	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	-	6 084	Personnes démunies
La Vallée des Roseaux	388 892	423 033	Santé physique
L'Alliance des femmes	170 407	172 793	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	78 457	79 555	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 082	1 097	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	17 132	20 806	Déficience physique
L'Âtre de Sept-Îles	275 834	294 696	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	5 127	5 199	Maintien à domicile
Le Créam	142 144	144 134	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Port-Cartier	10 094	-	Déficiences multiples
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	30 598	31 026	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	57 059	57 858	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	164 593	166 897	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tournants	62 795	63 714	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'or	34 475	34 958	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	28 362	28 759	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	30 175	30 597	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	133 294	135 160	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	66 269	67 197	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	513 448	520 548	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	177 935	180 426	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	600 852	608 698	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	9 500	10 251	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	70 568	71 563	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	35 671	36 212	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	24 051	24 445	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	36 774	37 331	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	77 447	78 538	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	9 500	10 251	Maisons de jeunes

FINANCEMENT PSOC			
Organisme	Subvention 2008-2009 ($)*	Subvention 2009-2010 ($)*	Catégorie
Maison l'Amie d'Elle inc.	620 839	628 989	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	14 884	15 092	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	16 070	16 295	Déficiences multiples
Nouveau regard	6 034	6 118	Santé mentale
Point de rencontre inc.	194 102	196 819	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	12 362	12 535	Santé mentale
Répit Richelieu	185 787	188 388	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	32 261	32 713	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	69 462	70 434	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	9 518	13 374	Déficience physique
Table de concertation des associations de pers. hand. de la Côte-Nord	3 000	3 000	Concertation et consultation générale
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	81 885	89 115	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	69 968	83 527	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	26 625	31 949	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	161 435	163 695	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	**9 398 027**	**9 707 574**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	**101**	**100**	

* Exclut les sommes versées dans le cadre de la sécurité alimentaire et du programme PAPA.

En 2009-2010, l'Agence a coordonné les travaux du comité de liaison sur l'action communautaire. Ce comité a élaboré un plan d'action qui comprend notamment des objectifs sur l'évaluation de l'application du Cadre de reconnaissance et de financement ainsi que la promotion des organismes communautaires.

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET DE TYPE FAMILIAL

Au 31 mars 2010, le réseau nord-côtier de RI-RTF se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- ⇨ 86 familles d'accueil avec 196 places*;
- ⇨ Une ressource intermédiaire de deux places.

* Ces chiffres excluent les familles d'accueil autochtones.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- ⇨ 54 résidences d'accueil dénombrant 223 places;
- ⇨ 25 ressources intermédiaires disposant de 201 places.

Toujours dans le but d'offrir des milieux de vie sécuritaires et de qualité, 35 personnes issues des RI-RTF de Tadoussac à Sept-Îles ont profité, en 2009-2010, des formations en réanimation

cardiorespiratoire (RCR) et secourisme en général données par l'organisme reconnu Aqua-Urgence, de Forestville, avec la participation financière de l'Agence.

Au chapitre des traitements des mésententes, aucune situation n'a nécessité au cours de l'année 2009-2010 l'utilisation de la procédure d'examen mise en place par l'Agence pour mettre fin à une mésentente entre une RI-RTF et un établissement gestionnaire.

LES RESSOURCES HUMAINES

La pénurie de main-d'œuvre qui se fait sentir dans plusieurs secteurs d'activité affecte particulièrement le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Cette pénurie s'est accrue au cours des dernières années, notamment par la baisse de la population et la difficulté à attirer et à retenir la main-d'œuvre. Les besoins sont importants dans tous les domaines de la santé et des services sociaux, mais sont plus criants pour certains emplois.

L'Agence a poursuivi la démarche de planification de la main-d'œuvre découlant du Cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO) développé par le MSSS. Au cours de l'automne 2009, les établissements ont complété la compilation des données statistiques de leur main-d'œuvre, et le projet se poursuivra au cours de la prochaine année. En tenant compte des résultats qui ressortiront de cet exercice, la stratégie régionale de planification de la main-d'œuvre sera renouvelée en collaboration avec les établissements.

ENTENTE 3R

La pénurie de main-d'œuvre, la baisse de la population et la difficulté d'attirer des travailleurs de l'extérieur à venir s'établir dans la région ont incité plusieurs organismes de la Côte-Nord à travailler en concertation pour faciliter le recrutement et la rétention. En collaboration avec la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord, le Forum-jeunesse Côte-Nord, Emploi-Québec - Direction de la Côte-Nord, l'Agence a signé en 2008 une entente visant le retour des jeunes en région, le renforcement de l'identité régionale ainsi que le rayonnement de la Côte-Nord (Entente 3R). Depuis le début de l'année 2010, les établissements ont participé à différentes activités de promotion et de recrutement organisées dans le cadre de l'Entente 3R. Ainsi, la Côte-Nord a obtenu une plus grande visibilité auprès de la main-d'œuvre vivant à l'extérieur de la région.

FORMATION

Plus de 640 intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de notre région ont pris part aux activités de formation, d'information et de promotion offertes sur l'ensemble du territoire nord-côtier.

Vingt-quatre sessions différentes ont été tenues, au regard de sujets aussi variés que la gestion des invalidités psychiatriques, le travail interdisciplinaire, le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), l'approche gériatrique, l'intervention psychosociale en contexte de sécurité civile, l'évaluation des fonctions cognitives, la formation du trouble de déficit de l'attention et de l'hyperactivité, l'accompagnement des personnes souffrant de deuil traumatique, la formation en matière de communication consciente, la formation en matière d'intervention et de repérage des symptômes du stress post-traumatique en contexte de violence conjugale et d'agression sexuelle ainsi que diverses formations adressées au personnel de bureau sur l'utilisation de logiciels informatiques.

Plusieurs membres du personnel des établissements, employés et bénévoles des organismes communautaires ont également profité de ces activités de formation.

Tous ces projets ont requis près de 164 000 $ d'investissements du service de développement des ressources humaines-réseau.

FORMATION POUR LE PERSONNEL D'ENCADREMENT

Les nombreux changements survenus au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux, jumelés à une pénurie du personnel d'encadrement, ont justifié le développement d'une formation continue spécifique aux besoins des cadres. L'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) a élaboré un programme de formation à l'intention des cadres du réseau régional de la santé et des services sociaux. Un total de 31 participants, répartis en deux cohortes (Baie-Comeau et Sept-Îles) sont inscrits à cette formation qui a débuté en 2009 et se terminera en 2011.

NOUVELLE FORMATION À DISTANCE DISPENSÉE EN RÉGION

Les agences de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord ont collaboré étroitement à la mise sur pied d'un programme de formation en assistance technique en pharmacie (ATP). Ce programme de formation, élaboré par le Cégep de Rivière-du-Loup, a été adapté aux besoins du milieu. Il sera offert à distance au personnel des établissements de notre région au cours de l'année 2010.

COLLOQUES

L'Agence a organisé et contribué financièrement à la tenue de trois colloques sur la périnatalité, les réalités masculines et la violence conjugale.

CORPORATION DES SERVICES UNIVERSITAIRES DU SECTEUR OUEST DE LA CÔTE-NORD

L'Agence a maintenu son appui à la Corporation des services universitaires du secteur ouest de la Côte-Nord pour qu'elle conclue des ententes de service avec des universités dans le but d'offrir une formation répondant aux besoins du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Ainsi, un partenariat entre l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et les employeurs de la région a permis le démarrage d'un nouveau programme de baccalauréat en travail social qui sera offert à l'automne 2010 à Baie-Comeau et s'ajoutera au programme de baccalauréat en sciences infirmières déjà offert à Baie-Comeau.

LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

Au cours de l'année 2009-2010, la région a profité de l'implantation d'un système de dictée centrale sous-régionale pour implanter deux infrastructures de serveurs, de stockage de données et de sauvegarde. Ces investissements s'inscrivent dans la volonté régionale d'optimiser et de consolider des actifs informationnels dans deux centres de traitement situés au CSSS de Manicouagan ainsi qu'au CSSS de Sept-Îles, tout en profitant des dernières technologies telles que la virtualisation des serveurs.

En novembre 2009, l'ensemble des établissements de la région a convenu avec l'Agence de procéder à la réorganisation des ressources informationnelles sur la base d'une direction régionale rattachée à l'Agence. Cette direction sera mise en place au cours de la prochaine année. Ce nouveau mode d'organisation permettra d'assurer une vision globale tout en préparant la région à faire face à de nouveaux défis tels que l'informatisation des dossiers cliniques, la mise en œuvre d'un centre de service et l'implantation de deux centres de traitement.

Plusieurs efforts ont été déployés afin d'implanter le nouveau réseau intégré de télécommunication multimédia (RITM) qui offre une augmentation de la capacité et une relève de liens de communication afin d'éviter les ruptures de service. L'ensemble des sites doit être intégré à ce nouveau réseau au cours de la prochaine année. Un réseau de télécommunications performant, robuste et fiable demeure essentiel afin de permettre à la région de poursuivre l'informatisation, de partager de l'information entre les organisations tout en assurant une optimisation de ce secteur d'activité.

Finalement, l'année 2009-2010 aura épargné l'Agence ainsi que l'ensemble des établissements de la région de situations majeures en ce qui concerne les incidents de sécurité.

LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

L'année 2009-2010 fut sans contredit une année particulièrement mouvementée en sécurité civile en raison de la pandémie de grippe A(H1N1). Sur la Côte-Nord, l'organisation, pour faire face à cette situation, a nécessité une coordination importante. Les équipes d'intervention en « sécurité civile », autant à l'Agence que dans les établissements, ont été mobilisées dès la fin avril 2009, et ce, jusqu'en décembre pour s'assurer que la population reçoive les services de santé qu'elle est en droit de s'attendre du réseau dans un contexte semblable. La lutte à la pandémie dans la région a nécessité un investissement imposant en ressources humaines autant pour la gestion de la « crise » que pour le travail sur le terrain. Financièrement, tous les travaux menés dans le cadre de cette opération ont coûté un peu plus de 1 165 000 $. Dans la région, les deux vagues de la pandémie (printemps et automne 2009) ont touché 235 personnes, 58 d'entre elles ont été hospitalisées dont dix ont dû séjourner aux soins intensifs. Nous avons enregistré trois décès attribuables à cette grippe. Évidemment, comme tous les cas n'étaient pas diagnostiqués par un test de laboratoire, le nombre de personnes qui ont contracté la grippe A(H1N1) est fort probablement beaucoup plus élevé. De plus, la campagne de vaccination de masse a connu beaucoup de succès ici, ce qui a certainement contribué à diminuer le nombre de cas, la sévérité et les complications reliées au virus.

Outre la lutte à la pandémie, quelques travaux en sécurité civile ont pu être réalisés, notamment l'adoption du Plan régional de sécurité civile - mission santé. Ce plan précise les rôles de tous les acteurs concernés et décrit comment les responsabilités du réseau de la santé et des services sociaux contenues dans le Plan national de sécurité civile sont partagées et assumées dans la région en situation normale comme en situation de sinistre.

En 2009-2010, l'Agence a poursuivi le déploiement de la formation en sécurité civile - mission santé (volet psychosocial) lors de sinistres. Cette formation vise à développer une pratique d'intervention psychosociale commune lors de situations de sinistres, en se basant sur les meilleures pratiques en ce domaine. Elle a été offerte dans sept territoires, auprès de 92 intervenants.

La pandémie de grippe A(H1N1) aidera certainement au développement de la culture de sécurité civile au sein du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Cet événement permet de réaliser qu'il est essentiel que les organisations se préparent avant qu'une catastrophe ou un sinistre ne se produise, qu'elles soient bien au fait des risques encourus et qu'elles planifient leurs interventions en conséquence.

LES COMMUNICATIONS

L'Agence s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population, au réseau régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ses différents partenaires. Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2009-2010, environ 200 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets d'actualité. Des conférences de presse et des communiqués ont également permis d'informer le public.

Parmi les activités qui ont mobilisé le Service des communications, voici les réalisations majeures :

- L'Agence et la Direction de santé publique ont été grandement visibles l'an dernier dans la région, en raison surtout de la pandémie de grippe A(H1N1), qui a donné lieu à une importante campagne de vaccination à l'intention de toute la population. Cet exercice sans précédent a nécessité de nombreuses activités de communication, autant auprès des médias, de la population, du réseau de la santé et des services sociaux, de même que des différents partenaires concernés.
- À la suite de la visite dans la région du directeur national de santé publique, Dr Alain Poirier, un groupe de travail sur l'uranium, présidé par la Direction de santé publique de la Côte-Nord, a été créé. Ce dossier a suscité à la fois l'intérêt des médias nationaux et régionaux. La Direction de santé publique a aussi réalisé une étude sur la qualité de l'eau d'un parc de maisons mobiles et une enquête de santé dans des habitations à loyer modique (HLM). Le directeur de santé publique, en concertation avec le réseau régional de la santé et des services sociaux, a dénoncé publiquement le projet de jeu de hasard et d'argent sur Internet en demandant au gouvernement du Québec de retarder son implantation. Les conclusions d'une vaste étude sur le camionnage et la sécurité sur la route 138 ont également été publiées par la Table de concertation en sécurité routière de la Côte-Nord, dont l'Agence fait partie.
- Dans le cadre de ses activités régulières, le Service des communications a produit et diffusé trois numéros des « Échos du conseil » aux partenaires de l'Agence, de même qu'aux médias pour informer la population des décisions prises par le conseil d'administration.
- En 2009-2010, des dizaines d'outils promotionnels en provenance du MSSS ou produits par l'Agence ont été diffusés dans le réseau et parmi la population, notamment sur des sujets aussi variés que la grippe A(H1N1), la vaccination, la saine alimentation, la violence conjugale et la transfusion de produits sanguins.

CHAPITRE II

Les services à la population

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et de services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès et la qualité des services de santé et des services sociaux à toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population par une utilisation optimale des ressources mises à la disposition du réseau de la santé sur la Côte-Nord.

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ POUR L'ANNÉE 2009-2010

Pour l'année 2009-2010, le ministre a établi le niveau de la dépense autorisée à 283 718 399 $ pour la région, incluant une cible maximale de déficit fixée à 851 998 $ et une somme de 1 159 668 $ pour couvrir la hausse des frais de médicaments, les fournitures médicales et chirurgicales ainsi que l'impact de l'augmentation des clientèles.

Les crédits de développement représentent une somme de 547 983 $ et ont été principalement attribués aux programmes-services déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED) (522 983 $) pour la réalisation du plan d'accès ainsi que le rehaussement du financement d'un organisme communautaire.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction au plan régional et local, des budgets régionaux, de projets d'optimisation ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services. Les ententes comprennent également des engagements à portée locale, sous régionale ou régionale, selon le cas.

SUIVI DE GESTION ET REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée par le biais des ententes de gestion et d'imputabilité implique un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs.

Pour l'année 2009-2010, 52 indicateurs témoignent de l'entente de gestion conclue avec le ministre. En moyenne, les résultats obtenus dépassent les objectifs fixés dans l'entente de gestion, ou encore, toutes les personnes connues sont desservies. Dans ce cas, on ne relève aucune liste d'attente.

Voici les grands constats régionaux :

- ⇨ En ressources humaines, le recours à l'assurance salaire est en amélioration. Il reste cependant beaucoup à faire en ce qui concerne l'utilisation du temps supplémentaire et de la main-d'œuvre indépendante.
- ⇨ En santé publique, tous les établissements ont atteint le ratio requis quant à la présence d'infirmières dédiées à la prévention des infections. Les services intégrés en périnatalité sont dispensés à 69 femmes, et des travaux seront initiés afin d'optimiser ce service pour le mieux-être des familles. L'approche « École en santé » est déployée de façon plus intense en Côte-Nord que dans l'ensemble du Québec.
- ⇨ Le nombre de personnes desservies par les services psychosociaux est supérieur à la cible. Le même constat s'applique aux personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS. Pour la déficience physique, la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement, les indicateurs sont dans l'ensemble favorables. Cependant, quelques indicateurs du programme jeunes en difficulté montrent toujours un certain retard qui s'explique principalement par des problèmes de main-d'œuvre. Dans ce programme, des améliorations sont tout de même à signaler quant au délai moyen d'attente à l'évaluation et à la protection de la jeunesse. Signalons également le résultat supérieur à la cible pour le nombre d'usagers rejoints en CSSS. Les résultats sont aussi positifs en santé mentale, sauf le nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou troisième ligne est supérieur à 60 jours.
- ⇨ Les indicateurs en santé physique sont généralement très positifs. Un écart défavorable est noté pour le séjour sur civière des personnes de 75 ans et plus. Les indicateurs dédiés aux soins palliatifs et à la production chirurgicale sont tous supérieurs à la cible. Des travaux doivent se poursuivre afin de permettre aux établissements de la région de compléter l'analyse et l'élimination de leurs zones grises en hygiène et salubrité.

Les engagements à portée locale, sous régionale ou régionale ont été atteints dans la grande majorité des cas. Le lecteur pourra aussi consulter la liste des réalisations des établissements dans un tableau reproduit à l'annexe B du rapport de gestion de l'Agence pour 2009-2010.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

1. LIGNE INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

INFO-SANTÉ

Le service Info-Santé permet de joindre un professionnel de la santé en cas de problème non urgent en composant le 8-1-1. Ce service de consultation professionnelle téléphonique, accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, constitue une composante majeure de l'organisation des services de première ligne. Il permet de répondre à certaines questions courantes de santé ou de diriger la personne vers la bonne ressource dans le réseau. Il s'inscrit en complémentarité aux services des CSSS et des GMF qui assurent, pour leur part, la prise en charge du patient au-delà d'un problème ponctuel.

En 2009-2010, les infirmières du service Info-Santé ont reçu 53 941 appels, par rapport à 38 703 pour l'année antérieure. Dans le contexte de la pandémie de grippe A(H1N1), on a noté pour les mois d'octobre, novembre et décembre une augmentation significative des appels.

INFO-SOCIAL

Le nombre d'appels au service Info-Social est en progression depuis 2007. Il est passé de 550 appels en 2006-2007 à 1 374 appels l'an dernier.

L'Agence et les établissements doivent actuellement évaluer les différents scénarios possibles afin d'optimiser le service Info-Social et atteindre l'équilibre budgétaire. La démarche est réalisée de concert avec le comité de suivi pour l'implantation du modèle régional en situation de crise.

2. SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 040 usagers	1 912 personnes	2 260 personnes
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,64 interventions/ personne	4,58 interventions/ personne	3,81 interventions/ personne

Commentaires

L'analyse a été effectuée à partir des données de la période 13. Les données du CLSC Naskapi ne sont pas disponibles et incluses dans l'analyse.

Les résultats suggèrent que régionalement, pour le nombre de personnes desservies aux services psychosociaux, la cible a été atteinte. De plus, la majorité des établissements (cinq sur sept) ont atteint leur cible 2009-2010. Toutefois, en ce qui a trait à l'intensité des services offerts, les résultats régionaux révèlent que la cible régionale ne sera pas atteinte (3,81 contre 4,58). Le seuil de services, au plan ministériel, est fixé à 3,86.

De plus, l'analyse de chacun des territoires de CSSS suggère qu'un seul établissement, soit le CSSS de la Minganie, a atteint ses cibles fixées.

Le pourcentage de population desservie par les services psychosociaux s'élève en moyenne à 2,61 % pour la région. En comparaison avec cette moyenne régionale, il apparaît que les CSSS de la Haute-Côte-Nord et de la Basse-Côte-Nord n'atteignent pas ces résultats, autant pour la période 2008-2009 qu'en 2009-2010. Toutefois, les CSSS de l'Hématite et de la Minganie affichent des résultats supérieurs (respectivement de 5,91 % et 4,4 %).

De plus, pour la période 2008-2009, le pourcentage d'interventions effectuées, selon le nombre d'heures travaillées, s'élevait à 17,12 % en moyenne sur la Côte-Nord. En comparaison avec cette moyenne, les CSSS de la Haute-Côte-Nord (20,86 %), celui de Manicouagan (24,89 %) et celui de Port-Cartier (28,84 %) présentent des résultats supérieurs. Les données suggèrent que le CSSS de Sept-Îles (13,19 %), le CSSS de l'Hématite (14,3 %) et le CSSS de la Minganie (15,23 %) apparaissent en deçà de la moyenne. Finalement, le CSSS de la Basse-Côte-Nord obtient un résultat de 2,55 %, ce qui est significativement inférieur à la moyenne nord-côtière.

Ces résultats semblent dégager une prestation de services différente autant en termes de pénétration qu'en termes d'intensité.

Trois CSSS (Manicouagan, Port-Cartier et Basse-Côte-Nord) ont relaté des difficultés de remplacement d'intervenants psychosociaux, ce qui peut expliquer du moins en partie cet écart. De plus, une liste d'attente est effective dans la majorité des établissements.

3. EFFECTIFS MÉDICAUX

Le PREM prévoit la présence de 135 omnipraticiens et de 88 spécialistes au sein des établissements du territoire nord-côtier.

Au 1er avril 2010, 100 omnipraticiens et 51 spécialistes étaient en fonction dans les établissements de la région. Comparativement à l'année précédente, on note un ajout net de cinq médecins omnipraticiens et une perte de deux spécialistes.

Au cours de la dernière année, cette situation a entraîné, pour la majorité des établissements de la région, le besoin de recourir au mécanisme de dépannage afin d'assurer l'accessibilité aux services médicaux. Certains établissements ont été dans l'obligation d'établir des plans de contingence, puisque leur niveau de service ne pouvait être maintenu.

TABLEAU COMPARATIF DES EFFECTIFS EN POSTE								
Établissement	Effectif requis		Omnipraticien (au 1er avril)			Spécialiste (au 1er avril)		
	Plan 1997-2000 Omnipraticien	Plan 2008 Spécialiste	2008	2009	2010	2008	2009	2010
CSSS de la Haute-Côte-Nord								
⇨ Les Escoumins	11		9	8	8			
⇨ Forestville	9		4	4	4			
CSSS de Manicouagan								
⇨ volet hospitalier	35	40	30	25	25	16	17	17
⇨ volet CLSC	3		1	1	1			
CSSS de Port-Cartier	11		7	6	5			
CSSS de Sept-Îles								
⇨ volet hospitalier	32	44	20	19	23	38	36	34
⇨ volet CLSC	2		1	1	1			
CSSS de la Minganie	12		8,5	9	9			
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10		9	11	12			
CSSS de l'Hématite	7		6	7	8			
CLSC Naskapi	3		3,5	4	4			
TOTAL	**135**	**88***	**99**	**95****	**100****	**54**	**53**	**51**

* Ce chiffre inclut quatre spécialistes dont la répartition demeure à établir. Ces spécialistes œuvrent en gastro-entérologie, gériatrie, néphrologie et rhumatologie.

** De ce nombre, certains de ces médecins sont à mi-temps, mais doivent être comptabilisés comme un effectif.

Au CSSS de Manicouagan, la situation est stable en médecine familiale avec un pourcentage d'atteinte du plan d'effectifs à 68 %. En médecine spécialisée, la situation demeure difficile avec un plan d'effectifs atteint à 43 %.

Au CSSS de Sept-Îles, la situation s'est légèrement améliorée en médecine familiale alors que le plan d'effectifs est atteint à 71 %. En médecine spécialisée, on note une légère diminution avec un plan d'effectifs médicaux atteint à 77 %.

Le recrutement médical demeure une préoccupation constante et les milieux multiplient les démarches en ce sens.

4. SERVICES OFFERTS EN VIOLENCE CONJUGALE ET EN AGRESSION SEXUELLE

VIOLENCE CONJUGALE

Dans le cadre des objectifs et des activités prévus au Plan d'action régional de la Côte-Nord 2007-2009 en matière de violence conjugale, une formation sur la communication consciente (approche Rosenberg) a été dispensée en mai 2009 à Sept-Îles et Baie-Comeau auprès de 46 intervenants.

Un colloque régional, « Ensemble... une réflexion à poursuivre et des chemins à suivre », en matière de violence conjugale et de violence dans les relations amoureuses, s'est déroulé en novembre 2009 où plus de 90 intervenants en ont profité pour en apprendre davantage sur la problématique, sur les services et les pratiques ainsi que sur les défis à relever dans notre région.

Un projet régional de recherche a été initié, en décembre 2009, en matière de prévention et de sensibilisation en violence conjugale et dans les relations amoureuses. Géré par la Maison des femmes de Baie-Comeau, sous la gouverne de la Commission régionale des femmes à la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord, ce projet est soutenu financièrement par le fonds régional « Égalité pour décider » et par l'Agence. Il a été attribué à l'équipe de sécurité et prévention des traumatismes de l'INSPQ, sous la direction scientifique du Dr Pierre Maurice qui s'intéresse depuis plusieurs années au phénomène de la violence conjugale et à la promotion de la sécurité dans les collectivités québécoises. Ce projet vise à mieux connaître les facteurs d'influence susceptibles d'expliquer pourquoi la région détient l'un des plus haut taux de violence conjugale au Québec.

En mars 2010, une formation en matière d'intervention et de repérage des symptômes du stress post-traumatique en contexte d'agression sexuelle et de violence conjugale a été offerte aux intervenants interpellés par cette problématique. Près de 80 personnes ont suivi cette formation qui a été dispensée à Baie-Comeau et Sept-Îles.

AGRESSION SEXUELLE

Dans le cadre des objectifs et des activités prévus au Plan d'action régional de la Côte-Nord 2008-2013 en matière d'abus et d'agression sexuelle, l'Agence a complété, en 2009, la tournée de formation prévue auprès des sept CSSS de la région et de leurs partenaires, afin d'assurer les services « centre désigné » ainsi que l'adoption des protocoles qui décrivent et actualisent les modalités d'accueil et d'accompagnement des victimes d'agression sexuelle et leurs besoins de soins, tant sur le plan médical que social. Les CSSS doivent adopter le protocole d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle et faire connaître à la population et à leurs partenaires leur rôle de centre désigné.

LA SANTÉ PHYSIQUE

1. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services d'urgence - santé physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : ⇨ Séjour moyen sur civière à l'urgence de douze heures et moins; ⇨ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.9.1 Séjour moyen sur civière	13,48 heures	12 heures	14,2 heures
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	22,78 heures	12 heures	22,8 heures
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	5,24 %	0 %	5,6 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13,92 %	0 %	14,5 %

Commentaires

Les résultats inscrits pour l'année 2008-2009 et 2009-2010 correspondent à la moyenne annuelle de la période P-1 à P-13.

Le CSSS de Sept-Îles a respecté et maintenu la cible sous les douze heures (11,5 heures) concernant le séjour moyen sur civière (1.9.1). On observe aussi pour cet établissement de meilleurs résultats que 2008-2009 quant aux trois autres indicateurs. Par ailleurs, les résultats régionaux obtenus pour tous les indicateurs sont supérieurs à la cible ministérielle.

Un comité-conjoint avec le CSSS de Manicouagan et un autre avec le CSSS de Sept-Îles sont en cours pour aider à améliorer la situation.

Le tableau ci-dessous présente les résultats des deux établissements concernés par ces indicateurs.

SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE ET SÉJOUR DE 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE (%), RÉGION CÔTE-NORD, 2009-2010

Indicateur	CSSS de Manicouagan			CSSS de Sept-Îles		
	Cible	Résultat P-13	Moyenne 2009-2010	Cible	Résultat P-13	Moyenne 2009-2010
Séjour moyen sur civière	12 heures	21,1 heures	18 heures	12 heures	9,9 heures	11,5 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	12 heures	33,5 heures	28,1 heures	12 heures	13,5 heures	17,4 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0 %	15,4 %	8,9 %	0 %	1,2 %	3,3 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0 %	33 %	20,8 %	0 %	1,1 %	8,3 %

2. LUTTE AU CANCER

En 2009-2010, le comité régional de la lutte contre le cancer s'est réuni à cinq reprises. Ce comité multidisciplinaire, formé en 2004, regroupe des représentants de chacun des réseaux locaux de santé et de services sociaux du territoire nord-côtier. Plus spécifiquement, son mandat est de :

- ⇨ Mettre à jour le Programme régional de la lutte contre le cancer à partir des orientations du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) et des orientations prioritaires de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS;
- ⇨ Proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services qui existent et de combler les lacunes;
- ⇨ Assurer et reconnaître la disponibilité de l'expertise selon les critères établis;
- ⇨ Proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des bénévoles;
- ⇨ Évaluer les besoins de formation;
- ⇨ S'assurer de l'intégration des services afin de répondre aux besoins de la population et des individus;
- ⇨ Proposer des mesures de résultats;
- ⇨ Recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population.

Les principaux sujets abordés en 2009-2010 ont été :

- ⇨ La révision du Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007 et l'élaboration d'un programme régional conforme aux orientations prioritaires 2008-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer du MSSS;
- ⇨ L'interdisciplinarité : les intervenants et les gestionnaires de tout le territoire nord-côtier ont eu accès à de la formation;
- ⇨ Le suivi de la circulaire 2007-026 sur l'Avastin;
- ⇨ Une présentation du Logiciel SyMO;
- ⇨ Le dossier de l'uranium;
- ⇨ La stratégie intégrative en prévention et promotion de la santé (SIPPS) 2007-2012.

PROGRAMME QUÉBECOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

Le PQDCS est un programme de prévention qui s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Chaque femme reçoit une lettre d'invitation pour passer une mammographie de dépistage aux deux ans. Cette lettre, signée par un médecin, sert de prescription à la femme et l'invite à contacter un centre de dépistage désigné (CDD) de sa région pour fixer un rendez-vous. Lorsque le résultat de la mammographie est normal, une lettre l'avisant lui est envoyée dans les plus brefs délais, le rapport étant acheminé au médecin traitant. S'il y a une anomalie, le médecin traitant est rapidement avisé et ce dernier communique avec sa patiente pour prescrire des examens complémentaires dans les jours qui suivent. Dans chaque CDD, toutes les données sont inscrites au système d'information provincial (SI-PQDCS).

Le PQDCS a pour objectif de diminuer de 25 % en dix ans la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Cette réduction de la mortalité est tributaire de la mise en place de certaines conditions très précises, telles que des mécanismes de contrôle de la qualité de l'équipement utilisé et des taux de participation de la population visée par le programme de près de 70 %. En date du 31 décembre 2009, le taux de participation des Nord-Côtières était de 63,1 %.

La coordination administrative du PQDCS est assurée par l'Agence.

Sur la Côte-Nord, trois centres de santé sont désignés comme des CDD, soit les CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles sont des centres de référence pour investigation désignés (CRID). Un service d'unité portative (SOPHIE), opérée par l'INSPQ, dessert la clientèle de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville. La région de Fermont est desservie par l'unité mobile CLARA.

SOINS PALLIATIFS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	288 usagers	271 usagers	315 usagers
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,2 interventions/ usager	16 interventions/ usager	15,11 interventions/ usager

Commentaires

L'accessibilité aux soins palliatifs sur la Côte-Nord passe par quatre sites de soins : le domicile, les centres hospitaliers de courte et de longue durée, les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les maisons de soins palliatifs. Une maison de soins palliatifs, La Vallée des Roseaux, est située à Baie-Comeau et dessert le secteur ouest de la région. Fidèle à sa mission, cette ressource accueille, occasionnellement, les proches des résidents nord-côtiers en fin de vie même s'ils habitent à l'extérieur de la région. Une maison située à Sept-Îles, L'Élyme des sables, a ouvert ses portes en septembre 2009 et dessert le secteur est de la Côte-Nord.

3. CHIRURGIE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Chirurgie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	32 (Gestred) 39 (Med-Écho)	18	45 (Gestred)
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	72 (Gestred) 70 (Med-Écho)	34	95 (Gestred)
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 280 (Gestred) 1 333 (Med-Écho)	439	1 350 (Gestred)
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	2 654 (Gestred) 2 040 (Med-Écho)	1 750	2 271 (Gestred)
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	1 243 (Gestred) 1 178 (Med-Écho)	1 242	1 493 (Gestred)
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	93,75 % (Gestred)	90 %	80,95 % (Gestred)
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	94,44 % (Gestred)	90 %	63,16 % (Gestred)
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98,2 % (Gestred)	90 %	98,29 % (Gestred)

Commentaires

Les objectifs ont été atteints régionalement pour toutes les chirurgies. Ces résultats devront toutefois être validés par les données Med-Écho (données officielles) lorsque celles-ci seront disponibles.

Il faut souligner l'écart important entre les cibles 2009-2010 pour toutes les chirurgies, comparativement au nombre réel de chirurgies réalisées. Cette situation démontre les efforts soutenus des médecins spécialistes et des gestionnaires qui ont travaillé en partenariat afin d'atteindre les cibles visées et, ainsi assurer l'accès aux services.

Régionalement, plus de 90 % des chirurgies de la cataracte sont traitées à l'intérieur du délai de six mois qui est prescrit par le MSSS.

Les chirurgies orthopédiques démontrent, quant à elles, des délais d'attente qui excèdent six mois. Cette situation est principalement causée par l'installation, en septembre 2008, d'un orthopédiste au CSSS de Manicouagan qui ne possédait jusqu'alors aucun médecin pour cette spécialité, et qui compte trois postes à son plan d'effectifs médicaux. Avant l'arrivée de ce médecin, aucune référence n'était comptabilisée au sein de l'établissement, tous les cas étaient référés à l'extérieur. Depuis l'arrivée de cet orthopédiste, les demandes de consultation sont transmises à l'établissement et ce seul médecin n'arrive pas à effectuer toutes les chirurgies dans les délais identifiés par le MSSS.

4. ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacements liés à cette politique se répartissent comme suit :

RÉPARTITION PAR CENTRE D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD - EXERCICE 2009-2010

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	356 891	797	72 223	373	9 103	2	210 731	3 091			648 948	4 263
CSSS de Manicouagan	479 476	922	144 038	983	428 898	503	903 733	11 942			1 956 145	14 350
CSSS de Port-Cartier	138 418	470	29 674	190	11 668	16	94 597	893			274 357	1 569
CSSS de Sept-Îles	526 931	551	87 135	660	135 500	152	333 322	3 236			1 082 888	4 599
CSSS de la Minganie	258 289	312	54 687	115	13 979	19	339 725	1 777	27 515	41	694 195	2 264
CSSS de la Basse-Côte-Nord	929 541	417	12 633	28	38 125	61	3 237 796	5 678			4 218 095	6 184
CSSS de l'Hématite	170 721	173			10 506	30	1 114 978	2 856			1 296 205	3 059
CLSC Naskapi									983 429	1 046	983 429	1 046
CPRCN	413	13									413	13
TOTAL	2 860 680	3 655	400 390	2 349	647 779	783	6 234 882	29 473	1 010 944	1 087	11 154 675	37 347

RÉPARTITION PAR CENTRE D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD - EXERCICE 2008-2009

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	392 165	1 008	82 943	450	4 398	8	233 774	3 352			713 280	4 818
CSSS de Manicouagan	415 508	855	119 659	797	606 959	690	902 502	12 151			2 044 628	14 493
CSSS de Port-Cartier	127 185	419	27 914	186	3 460	4	106 875	999			265 434	1 608
CSSS de Sept-Îles	468 372	545	86 747	621	115 688	145	319 325	2 966			990 132	4 277
CSSS de la Minganie	220 274	253	52 273	105	6 830	15	301 558	1 637	30 590	56	611 525	2 066
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 094 509	412	10 115	85	31 834	56	3 021 264	5 774			4 157 722	6 327
CSSS de l'Hématite	114 702	145			31 520	32	1 361 194	2 939			1 507 416	3 116
CLSC Naskapi									1 014 912	1 228	1 014 912	1 228
CPRCN	2 027	127									2 027	127
TOTAL	2 834 742	3 764	379 651	2 244	800 689	950	6 246 492	29 818	1 045 502	1 284	11 307 076	38 060

5. SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

L'Agence est responsable d'assurer la gestion et la coordination des services préhospitaliers d'urgence dans la région, ce qui implique notamment l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers et des premiers répondants. L'Agence doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec (CAUREQ). Sur la Côte-Nord, 23 véhicules, répartis dans douze zones ambulancières, permettent de répondre aux appels de la population et des établissements de santé du territoire.

Voici les faits saillants qui se dégagent de l'année 2009-2010 :

- ⇨ Un total de 8 484 personnes ont été transportées par ambulance sur la Côte-Nord en 2009-2010, ce qui représente à peu près le même nombre que l'année précédente.
- ⇨ Dans les zones urbaines, il y a eu une légère augmentation du nombre de transports par ambulance. La zone de Baie-Comeau a connu l'augmentation la plus significative, soit 6 % (+159), tandis que celle de Port-Cartier a crû de 3,5 % (+23). Par contre, la zone de Sept-Îles a subi une légère baisse d'environ 2 % (-65) par rapport à l'année dernière.
- ⇨ Dans les zones plus rurales, le volume de transports est demeuré relativement stable avec une légère baisse de 3,6 % (-91) par rapport à l'année 2008-2009.
- ⇨ Les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) ont reçu de la formation sur différents sujets, tels que les nouveaux protocoles d'intervention (PICTA) (95 % des TAP), la prévention des agressions (66 % des TAP) et la formation Trauma, qui a été suivie jusqu'à maintenant par 28 % des 119 techniciens ambulanciers. Finalement, une formation sur l'appréciation clinique des interventions des TAP a été dispensée aux formateurs de l'Agence en décembre 2009.
- ⇨ À Baie-Comeau, le projet pilote proposant des horaires à l'heure, et débuté depuis septembre 2008, est actuellement en processus d'évaluation. Le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal a été mandaté pour réaliser cette évaluation. En mars 2010, un représentant du GRIS a rencontré tous les partenaires à Baie-Comeau (entreprise, syndicat, TAP et Agence) afin de recueillir des données sur le terrain et les commentaires de chacun. Le dépôt du rapport d'étape est prévu en juin 2010. Ce projet pilote vise l'amélioration du temps de réponse avec des véhicules en déploiement dynamique positionnés en trois points d'attente avec deux TAP à bord prêts à intervenir en tout temps.
- ⇨ La Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la Basse-Côte-Nord, qui gère les services de premiers répondants « rôle élargi »[1] des municipalités isolées du territoire (Port-Menier, Kegaska, Chevery, Harrington Harbour, La Tabatière, Tête-à-la-Baleine et St-Augustin), existe depuis plusieurs années. Cependant, en 2009-2010, elle a vécu sa deuxième année avec des premiers répondants permanents dans chacun des villages. Son budget est passé d'un montant de plus 600 000 $ en 2008-2009 avec des ressources permanentes, à plus

1. L'appellation premiers répondants « rôle élargi » vient du fait que ces ressources stabilisent le patient et le transportent avec un véhicule d'urgence sur des territoires non reliés par la route (Île d'Anticosti et Basse-Côte-Nord), alors que les premiers répondants, selon la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, n'effectuent pas le transport de patients.

de 900 000 $. L'année a été marquée par une tournée régionale des représentants de l'Agence, incluant une rencontre à Chevery auprès des services de premiers répondants locaux ainsi que l'ajout et la formation de premiers répondants à temps partiel pour remplacer les permanents lorsqu'ils sont en congé ou en vacances.

⇨ La municipalité de Longue-Rive s'est dotée d'un nouveau service de premiers répondants qui a débuté ses interventions à l'automne 2009. Il est formé de bénévoles de la communauté.

REVENUS ET DÉPENSES DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES

⇨ Les revenus provenant de la subvention du MSSS (88 %) et des revenus autonomes (12 %), lorsque les entreprises facturent les transports en ambulance aux citoyens, ont été de 13 128 447 $. La subvention du MSSS a augmenté de plus de 25 %, en raison, en grande partie, du projet pilote de Baie-Comeau, des hausses salariales des TAP et de la hausse du budget des services de premiers répondants en Basse-Côte-Nord et à L'Île-d'Anticosti (Port-Menier). Les revenus autonomes des entreprises sont demeurés stables comparativement à 2008-2009.

⇨ Les dépenses ont été de 12 908 533 $ cette année, soit une augmentation de 13 % par rapport à l'année précédente. De ces dépenses, un montant de 9 821 655 $ a été attribué par l'Agence aux entreprises ambulancières pour transporter des personnes blessées ou des patients par ambulance afin de recevoir des soins et des services dans le réseau. Un montant de 1 545 438 $ a été versé par les usagers et les établissements pour utiliser ces services. Les autres dépenses (1 541 440 $) ont été effectuées principalement pour l'assurance et le contrôle de qualité, l'augmentation du budget pour les services de premiers répondants « rôle élargi » pour les territoires isolés, les communications par radio ou par satellite, l'achat d'équipements et de matériel, etc.

NOMBRE DE TRANSPORTS AMBULANCIERS SUR LA CÔTE-NORD

Compagnie ambulancière	2009-2010	2008-2009
Ambulance Sacré-Cœur (Zone 900 - Sacré-Cœur)	193	190
Ambulances Côte-Nord (Zone 901 - Les Escoumins)	505	493
Ambulances Côte-Nord (Zone 902 - Forestville)	639	743
Ambulances Côte-Nord (Zone 903 - Baie-Comeau)	2 731	2 572
Ambulance Manic (Zone 904 - Manic-5)	15	14
Ambulance Baie-Trinité (Zone 905 - Baie-Trinité)	120	112
Ambulance Sept-Îles (Zone 906 - Port-Cartier)	679	656
Ambulance Sept-Îles (Zone 907 - Sept-Îles)	2 618	2 683
Ambulance Boudreau (Zone 909 - Minganie)	487	481
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la Basse-Côte-Nord (Zone 912 - Blanc-Sablon)	240	252
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	113	134
Services ambulanciers Porlier (Zone 915 - Schefferville)	144	128
TOTAL	**8 484**	**8 458**

6. DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Le Dossier de santé du Québec (DSQ) est un dossier de santé électronique qui permettra principalement aux médecins, infirmières et pharmaciens de consulter et de transmettre, de façon simple et rapide, des informations pertinentes concernant l'état de santé de leurs patients. Il contiendra des informations de base et complétera, sans les remplacer, les dossiers conservés dans les établissements de santé, les cliniques médicales et les pharmacies.

Il sera principalement alimenté par les systèmes d'information déjà en place, tels que celui des laboratoires, de l'imagerie diagnostique et des pharmacies.

Le DSQ est en fait un portefeuille de projets ayant comme objectif de soutenir le continuum de soins et de services en facilitant la circulation et le partage d'information, tout en assurant un très haut niveau de sécurité quant à la confidentialité de l'information. Ce projet d'envergure sera réalisé à la suite des investissements provenant d'Inforoute Santé Canada et du gouvernement du Québec.

En 2007, des rencontres de sensibilisation ont eu lieu avec les décideurs de la région et l'équipe de mise en œuvre du MSSS, ce qui a résulté en un engagement formel de la région à procéder à l'implantation du DSQ.

Afin de réaliser le DSQ, des projets régionaux préalables sont requis :

- Index patient maître (IPM) : L'index patient maître est à la base du DSQ et permettra d'identifier de façon unique un usager quel que soit l'endroit où il se présente pour recevoir des soins. À terme, les données d'identification d'un usager contenues dans différents dossiers répartis dans plusieurs établissements du réseau seront jumelées avec celles du registre des usagers de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

  En 2009-2010, cinq CSSS ont terminé les travaux et intégré le numéro d'identification unique (NIU) délivré par la RAMQ. Les travaux sont en cours dans les deux autres CSSS. Ce projet est sous la gouverne du DSQ et l'Agence en est maître d'œuvre.

- Imagerie médicale - PACS (Picture, archiving and communication system) : En 2009-2010, la portée de ce projet s'est étendue au secteur de la mammographie. Le projet consiste à rendre numériques toutes les images produites en médecine nucléaire et en radiologie et à les entreposer avec une copie du rapport afin qu'elles puissent être consultées à distance par les professionnels. Le projet est en phase de réalisation et au 31 mars 2010, les CSSS de Manicouagan, de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles, de Port-Cartier et de la Minganie produisent maintenant des images en format numérique. Les établissements de la Basse-Côte-Nord, de l'Hématite ainsi que le CLSC Naskapi pourront déployer le projet en avril 2010. Le secteur de la mammographie sera complété en 2010-2011.

TÉLÉSANTÉ

Le projet de télépathologie, identifié comme un projet prioritaire pour le RUIS de l'Université Laval (RUIS-UL) dans son plan de déploiement de la télésanté, est en phase de réalisation. Ce projet vise le développement de services de pathologie à distance, tant sur le plan clinique que sur le plan de l'enseignement. À terme, il permettra notamment d'offrir un soutien diagnostique aux centres partenaires des centres hospitaliers universitaires (CHU) en manque d'effectifs en pathologie. Il sera également possible d'offrir un service de téléconsultation entre pathologistes, chirurgiens ou cliniciens. Le projet est développé avec un souci d'abord de régionalisation des services avec autonomie régionale et, si nécessaire, de collaboration suprarégionale.

En 2008, un comité d'experts regroupant 17 pathologistes a travaillé sur l'évaluation des technologies et un guide de protocoles cliniques. En 2009, un second appel d'offres a été nécessaire. D'autres essais comparatifs (clinique et technique) avec les soumissionnaires ont été entrepris avec la participation de pathologistes, d'ingénieurs biomédicaux, de technologues et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Les contrats ont été adjugés aux fournisseurs à l'été et le démarrage de la phase d'implantation a débuté à l'automne 2009.

Le déploiement dans la région est attendu en 2010-2011.

D'autres projets du plan de déploiement de la télésanté du RUIS-UL sont en attente de réalisation :

- ⇨ Le télé-enseignement ou la téléformation;
- ⇨ La télépsychiatrie;
- ⇨ La télécardiologie adulte;
- ⇨ La téléoncologie;
- ⇨ La téléréadaptation;
- ⇨ La clinique des plaies complexes;
- ⇨ Les télésoins à domicile;
- ⇨ L'implantation du « céduleur » ou du « planificateur-intégrateur » (gestion informatisée de la télésanté).

Au cours de 2009-2010, le MSSS et les agences ont travaillé à l'élaboration d'un modèle de gouvernance pour la télésanté, incluant un financement récurrent pour un centre de coordination télésanté par territoire RUIS.

7. GUICHET D'ACCÈS POUR LA CLIENTÈLE ORPHELINE

La prise en charge de la clientèle vulnérable par un médecin traitant constitue une des problématiques majeures dans l'organisation des services médicaux. Cette clientèle utilise les services de santé dans une proportion de près de 70 % (MSSS, 2007), et ne bénéficie habituellement pas de la coordination des services que son état requiert. L'un des leviers ciblés par le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) est la prise en charge par un médecin traitant. On définit la clientèle vulnérable selon des paramètres, tels que l'âge et certaines maladies chroniques.

Certaines mesures incitatives sont l'objet de négociations entre le MSSS et la FMOQ afin de pallier la problématique d'accès à un médecin de famille pour la clientèle orpheline.

Quatre CSSS de notre région sont à mettre en place un guichet d'accès pour cette clientèle. Dans chaque établissement, un coordonnateur médical est nommé par le DRMG. Actuellement, les guichets de Port-Cartier et de Sept-Îles sont fonctionnels. Dans les CSSS de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan, l'ouverture est prévue au cours de l'année 2010. Les CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite n'ont pas à mettre sur pied proprement dit un tel guichet puisque leur organisation permet à la population d'avoir accès à des services médicaux et à une prise en charge adéquate lorsque requis.

8. ORGANISATION DES SERVICES DE NÉPHROLOGIE ET DE SUPPLÉANCE RÉNALE

Un plan d'organisation régionale des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse, élaboré en 2009-2010, est en consultation auprès des différents acteurs du réseau. Ce plan prévoit la mise en place de services pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale, et ce, sur toute la trajectoire de soins, de la prévention et de la promotion aux traitements.

Des centres de services sont prévus au CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles. À Sept-Îles, le centre a débuté ses activités en février 2010, en collaboration avec l'équipe de néphrologie du CHUQ - Hôtel-Dieu de Québec. Les patients de l'est de la Côte-Nord ont maintenant accès à des soins et des services dans la région.

LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

1. SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

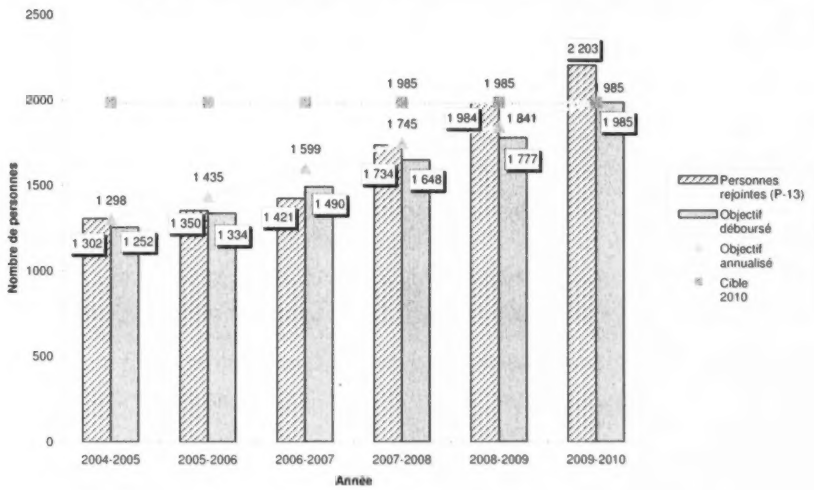
Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1 984 personnes	1 985 personnes	2 203 personnes
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	28,51 interventions/ personne	24,4 interventions/ personne	28,62 interventions/ personne

Commentaires

L'objectif a largement été dépassé en ce qui a trait au nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointes par des services de soutien à domicile. La cible 2010 est de 1 985, il y a eu un dépassement de 218 personnes. Certains établissements n'ont pas atteint leur cible, mais ils n'ont aucune liste d'attente. La figure ci-dessous témoigne de l'effet des investissements au cours des dernières années au regard de l'augmentation de la clientèle. Ainsi, depuis 2004-2005, le nombre d'usagers recevant des services s'est accru de 69,2 %, ce qui représente 18,3 % de la population âgée du territoire, alors que la cible ministérielle était de 16 %.

Le nombre moyen d'interventions est de 28,62 par personne, cela dépasse également la cible entendue entre l'Agence et le MSSS qui est de 24,4 interventions.

Nombre de personnes en perte d'autonomie ayant reçu des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) et investissements, 2004 à 2009



2. SERVICES EN CHSLD

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,06 heures/ jour-présence	2,958 heures/ jour-présence	3,08 heures/ jour-présence
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,23 heure/ jour-présence	0,25 heure/ jour-présence	0,25 heure/ jour-présence

Commentaires

Les objectifs poursuivis en 2009-2010 au regard des heures travaillées dans les CHSLD ont été atteints pour les soins infirmiers et d'assistance. Quant au nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD, la cible régionale est atteinte, sauf pour un établissement, et ce, en raison de l'incapacité de combler un poste vacant durant une période de neuf mois.

3. FAITS SAILLANTS

3.1 AMÉLIORATION DES SERVICES EN CHSLD

Depuis 2004, toutes les installations de type CHSLD ont reçu la visite de l'équipe ministérielle d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie institutionnels. Cinq d'entre elles ont réalisé plus de 80 % des recommandations du plan d'intervention.

Dans le cadre de la formation réseau, le MSSS a élaboré un programme de formation « Agir auprès de la personne âgée » destiné aux préposés aux bénéficiaires (PAB) afin de les habiliter à travailler auprès des personnes âgées, à réaliser des interventions de qualité et efficaces dans le cadre de leurs tâches actuelles, et ce, dans un contexte d'évolution des clientèles, de leurs besoins et de demandes de réorganisation du travail. En octobre 2008, la Côte-Nord a reçu des crédits de l'ordre de 123 086 $ à cet égard. D'ici l'automne 2010, un tandem composé d'un professionnel et d'un PAB doit être formé dans chacune des installations CHSLD afin d'agir comme agents multiplicateurs. Ils auront également la responsabilité de former les PAB d'ici la fin 2011.

En mars 2008, le gouvernement annonçait le développement d'un programme d'amélioration de l'alimentation dans les CHSLD. La région recevra 165 992 $ sur trois ans dans le cadre de ce programme. En accord avec les établissements, un projet régional a été présenté et accepté pour donner de la formation sur la dysphagie et l'amélioration des moments de repas auprès d'une trentaine d'intervenants. Également, un montant de 29 922 $ a été réservé pour l'embauche d'une nutritionniste à temps partiel qui soutiendra les établissements et élaborera des outils, dont un test de dépistage de la malnutrition.

3.2 PLAN D'ACTION RÉGIONAL

SERVICES DE PRÉVENTION

Les deux objectifs sont :

- ⇨ Implanter des services de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile. L'information est présentée dans la section consacrée à la santé publique à la page 68.
- ⇨ Mettre en place une table multisectorielle par territoire. Un mandat de concertation locale est donné à ces tables et s'étend à l'ensemble des préoccupations concernant les aînés sur leur territoire dont, entre autres, les mesures à mettre en place visant à contrer les abus, la violence et l'exploitation financière envers les aînés. À cet égard, l'Agence soutient l'implantation et le fonctionnement de ces instances actuellement actives au sein de deux territoires. Les autres CSSS sont à organiser la mise en œuvre des regroupements.

RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS

À l'automne 2005, le MSSS a adopté le Plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie 2005-2010 « Un défi de solidarité ». Un des objectifs est de compléter la mise en œuvre des RSIPA, incluant les outils informatisés pour soutenir les processus cliniques et les mécanismes d'échanges et d'intégration prévus au plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ce réseau vise à améliorer l'accès entre les soins de santé et les services sociaux ainsi qu'avec les services offerts dans les cabinets privés de médecins et par les groupes communautaires.

Sur la Côte-Nord, 70 % des personnes vivant avec des maladies chroniques sont des personnes âgées de plus de 65 ans. C'est pourquoi l'Agence a retenu comme priorité régionale le développement de services intégrés pour les personnes vivant avec une maladie chronique ou en perte d'autonomie liée au vieillissement. L'intégration des services destinés à ces deux clientèles permettra de générer une économie de ressources et d'augmenter la performance tout en évitant la duplication. Quatre établissements ont intégré leurs services et deux autres sont en voie de le faire. Tous les établissements ont leur guichet d'accès unique, un système de gestion de cas et une équipe locale de maintien à domicile.

En septembre 2009, l'Agence a reçu un montant de 458 224 $ pour l'informatisation du RSIPA.

PROCHES AIDANTS

Un programme de répit-accompagnement est offert dans la région pour les proches aidants vivant avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes. Les établissements travaillent en collaboration avec la Société Alzheimer de la Côte-Nord et les coopératives d'économie sociale pour convenir des modalités de services pour les proches aidants. La Société Alzheimer est responsable de la formation des personnes qui assurent les services de gardiennage.

3.3 RESSOURCES D'HÉBERGEMENT NON INSTITUTIONNELLES

Pour être en mesure de faire face à une gamme de besoins de plus en plus vaste liés au vieillissement de la population au cours des prochaines années, la Côte-Nord doit compter sur des formules d'hébergement plus nombreuses et diversifiées.

Parmi les projets d'habitation collective qui sont toujours en émergence sur la Côte-Nord, trois autres municipalités ont manifesté de l'intérêt, soit Aguanish, Chevery et La Tabatière. Les organismes à but non lucratif d'hébergement localisés dans les petites municipalités pourront désormais bénéficier d'assouplissements dans les modalités d'accès aux subventions de la Société d'habitation du Québec (SHQ) pour faciliter le développement de logements pour les aînés. Ces ressources évitent aux aînés d'avoir recours à l'hébergement institutionnel de façon prématurée. Aussi, le développement de tels logements dans une municipalité contribue à les maintenir plus longtemps dans l'environnement auquel ils sont déjà habitués et intégrés.

3.4 RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

Huit résidences regroupant 273 unités de location ont obtenu leur certificat de conformité, ce qui représente 97 % du nombre total de ces unités dédiées aux aînés en Côte-Nord. Quant à celles non certifiées, elles sont tributaires d'ententes à intervenir au plan provincial avec d'autres juridictions dont la Régie du bâtiment du Québec et le ministère de la Sécurité publique qui regroupe les services des incendies des municipalités.

Étant donné que la période de validité des certificats des résidences du premier exercice tire déjà à sa fin, la phase de renouvellement est actuellement amorcée. Le processus de certification des résidences pour personnes âgées a récemment été étendu à d'autres ressources d'hébergement pour les clientèles vulnérables et certaines modifications ont été apportées, dont la durée de validité du certificat qui passera de deux à trois ans. De plus, l'Agence est désormais autorisée à procéder à des inspections dans des lieux où elle a raison de croire que des activités y sont exercées et pour lesquelles un certificat de conformité est exigé. Les exploitants pris en défaut sont passibles d'amendes.

Le programme Rose d'Or qui changera d'appellation est en phase d'expérimentation. Une version améliorée des outils d'appréciation de la qualité des résidences et de la satisfaction des résidents est proposée, de même qu'un accompagnement aux résidences certifiées afin de mettre en place une démarche d'amélioration continue de qualité. À cet effet, la FADOQ-région Côte-Nord, gestionnaire de ce programme, est soutenue par l'Agence dans le cadre des travaux de révision et d'implantation du programme remodelé dans la région. Le soutien financier s'est traduit par une allocation de 9 250 $ sur une base annuelle, pour une durée de trois ans.

3.5 LOGEMENT SOCIAL

En conformité avec le cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social, un projet a été reconnu en 2009-2010 et s'ajoute aux deux autres déjà en marche sur la Côte-Nord. Ces projets s'adressent à une clientèle commune, candidate aux services de santé et des services sociaux et utilisatrice du réseau de l'habitation sociale ou communautaire. Ils consistent essentiellement à mettre en place des activités de soutien en vue de faciliter l'intégration des personnes vulnérables dans leur lieu d'habitation, d'assurer leur stabilité résidentielle et d'améliorer leur qualité de vie. Les engagements de l'Agence totalisent un investissement récurrent de 43 803 $ dans ces projets.

3.6 SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

Bien que la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement soit décentralisée vers les établissements territoriaux depuis 2005, l'Agence continue à en assurer la coordination, de même que celle entourant les demandes de transferts interrégionaux.

DEMANDES D'ADMISSION EN HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE				
2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
194	189	119	138	151

PERSONNES HÉBERGÉES AU 31 MARS 2010					
Type de ressources	2006	2007	2008	2009	2010
CHSLD	380	387	387	386	387
Ressource intermédiaire	58	57	61	88	106
Résidence d'accueil	74	79	80	74	69
Formule novatrice d'hébergement		6	10	9	
TOTAL	**512**	**529**	**538**	**557**	**562**

PERSONNES EN ATTENTE AU 31 MARS 2010					
Type de ressources	2006	2007	2008	2009	2010
CHSLD	40	36	41	42	33
Ressource intermédiaire	7	8	16	20	28
Résidence d'accueil	7	13	27	15	16
TOTAL	**54**	**57**	**84**	**77**	**77**

PERSONNES EN SOINS DE COURTE DURÉE EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT DE LONGUE DURÉE AU 31 MARS 2010				
2006	2007	2008	2009	2010
26	20	40	27	36

Entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010, cinq personnes de la Côte-Nord ont été orientées à l'extérieur pour un hébergement, et ce, à leur demande. Par ailleurs, douze personnes en provenance de différentes régions du Québec ont exprimé le souhait d'être hébergées sur la Côte-Nord en raison de la présence de la famille.

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE

1. SOUTIEN À DOMICILE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Soutien à domicile - déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateur		Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	574 personnes	574 personnes	646 personnes
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	19,79 interventions/ personne	23,16 interventions/ personne	18,84 interventions/ personne

Commentaires

Le MSSS a émis une note, au printemps 2007, pour signaler qu'au cours des dernières années certaines régions ont procédé à une épuration des données transmises dans le système I-CLSC, et ce, en appliquant spécifiquement le cadre normatif. Cela a des conséquences à l'égard du seuil et de la cible annoncée pour cet indicateur. Ceux-ci ont été établis à partir du nombre de personnes desservies selon les données fournies par les régions pour l'année 2003-2004. Depuis cette date, et d'année en année, les régions ont mieux cerné la clientèle concernée par cet indicateur et, des 49 515 personnes identifiées à l'époque, on en dénombre 38 930 en 2008-2009 au plan provincial.

Notre région a suivi la même tendance, ce qui fait que les résultats obtenus depuis 2006-2007 méritent d'être interprétés avec prudence et ne traduisent pas une baisse de l'offre de service. En effet, les mécanismes de reddition de comptes mis en place ainsi que les travaux effectués régionalement au plan des services de soutien à domicile ont permis aux établissements d'harmoniser la collecte de données. Ainsi, étant donné que des clientèles ne répondant pas au profil de celles vivant avec une déficience physique ont été comptabilisées au départ, en 2004, les références de départ ont été nettement surévaluées. En 2004-2005, on relevait 835 personnes recevant des services de soutien à domicile, ce qui dépassait largement la cible nationale 2010 qui est d'offrir des services à 16,8 % de la population vivant avec une déficience physique, ce qui représente pour notre région 690 personnes.

En 2006-2007, 654 personnes ont été desservies alors que 560 personnes l'ont été en 2007-2008, et que 574 personnes sont rejointes en 2008-2009.

Le nombre de personnes desservies en 2009-2010 dépasse l'objectif régional de 586 personnes ainsi que l'engagement établi avec le MSSS de 574 personnes.

Le nombre d'interventions est atteint à 90,4 % au plan régional et est dépassé pour les CSSS de Sept-Îles, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite. À la lumière des résultats des dernières années, soit l'offre de 23,42 interventions en 2006-2007, 23,13 interventions en 2007-2008 et 19,79 interventions en 2008-2009 en raison d'une erreur de saisie de données par un établissement, nous estimions être en mesure d'atteindre l'engagement régional de 23,16 interventions en 2009-2010. Toutefois, pour l'année 2009-2010, le résultat atteint est de 18,84 interventions par personne et ne rejoint pas l'objectif régional de 23,16 interventions. Soulignons qu'il n'y a aucune liste d'attente pour ces services.

Nous observons un écart défavorable pour les CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite qui présentent respectivement un nombre moyen d'interventions par usager de 12,52, 8,41 et 11,75 en 2009-2010, ce qui est en deçà du seuil de 14,47 interventions. Cet indicateur ne couvre que les services offerts par les CSSS (infirmière, auxiliaire familiale, etc.) et non les services reçus par l'allocation directe à laquelle les personnes ayant des besoins de soutien à domicile à long terme ont recours majoritairement.

Un investissement de 327 303 $ a été consenti aux CSSS pour l'implantation du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience en 2009-2010.

Des travaux régionaux se poursuivent au plan organisationnel et clinique afin de soutenir la nouvelle fonction d'intervenant pivot au sein des établissements. L'ajout de professionnels, réalisé l'an dernier, devrait permettre d'accroître l'intensité des services pour les prochaines années.

2. SERVICES SPÉCIALISÉS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services spécialisés - déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	1 245 personnes	1 370 personnes	1 238 personnes

Commentaires

L'engagement régional quant au nombre de personnes bénéficiant de services spécialisés de réadaptation établi à 1 370 n'est pas totalement atteint en 2009-2010. La cible est en progression grâce au déploiement ces dernières années des activités d'intensification des services spécialisés dans les deux centres hospitaliers sous-régionaux, le développement partiel des services spécialisés de réadaptation en déficience auditive, la recherche de solutions en optométrie pour les secteurs ouest et est de la Côte-Nord, l'achat de services professionnels afin de diminuer les listes d'attente et le développement d'un poste d'orthophoniste dans le secteur est en 2007-2008.

Nous observons, à la lumière des résultats obtenus en 2009-2010, un écart très significatif quant à l'atteinte de l'intensité des services requis en termes d'heures de prestation moyennes par usager, comparativement à la cible 2010 ainsi que le seuil dans tous les types de déficiences : motrice, visuelle, auditive et langage-parole. Une analyse plus approfondie de l'organisation de services effectuée dans le cadre des travaux du plan d'accès en novembre 2008 révélait que 32 % des postes de physiothérapeutes, 42 % des postes d'ergothérapeutes et 25 % des postes d'orthophonistes étaient dépourvus de leur titulaire de façon prolongée, soit en raison de départ ou de maternité. Selon les informations tirées d'une grille de collecte de données complétées par le CPRCN à l'automne 2009, des postes demeurent à combler en ergothérapie (2,1 ETC), physiothérapie (1 ETC) et orthophonie (3 ETC) au 1er octobre 2009. Les efforts se poursuivent régionalement afin d'améliorer l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre dans ces secteurs d'activité.

Les engagements financiers de l'Agence pour 2009-2010 ont été de 134 000 $ permettant ainsi au CPRCN (Centre de réadaptation L'Émergent) d'améliorer son offre des services spécialisés en déficience auditive et en déficience visuelle.

3. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - PERSONNES HANDICAPÉES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Soutien à domicile - déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	201 usagers	210 usagers	166 usagers

Commentaires

La cible 2010, initialement établie à 133 familles, est atteinte sur le plan régional. Le CSSS de l'Hématite n'atteindra pas la cible 2010 de 6,5 %, car, alors qu'il desservait 3,1 % de la population en 2008-2009, nous constatons qu'aucune famille n'est desservie en 2009-2010. Cela semble traduire une réalité quant au faible volume de clientèle de personnes vivant des situations de handicap dans ce territoire.

Le nombre de familles rejointes en 2009-2010 a diminué de façon significative dans les CSSS de Manicouagan, de Port-Cartier, de Sept-Îles et de la Minganie comparativement à l'an passé. Toutefois, au plan régional, nous n'observons qu'une légère baisse du nombre d'heures totales de services alloués en soutien à la famille de 1,54 % par rapport à 2008-2009.

Il n'y a pas de liste d'attente pour des services d'aide à domicile destinée aux familles de personnes handicapées par l'entremise de l'allocation directe dans notre région.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

1. SOUTIEN À DOMICILE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Soutien à domicile - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une DI ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.5.11 Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	242 personnes	242 personnes	256 personnes
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	11,77 interventions/ personne	12,72 interventions/ personne	12,5 interventions/ personne

Commentaires

En 2009-2010, la cible est amplement atteinte quant à la population desservie par des services de soutien à domicile s'adressant aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

En 2009-2010, le nombre d'interventions au plan régional a connu une hausse de 12,16 % comparativement à l'an passé, ce qui porte l'indicateur 1.5.12 à 12,5 interventions par usager et nous rapproche de l'objectif régional de 12,72 interventions en moyenne par usager.

L'effet de l'annualisation des investissements consentis en 2008-2009 auprès des établissements ayant le plus de difficulté à répondre au besoin requis en termes d'intensité a contribué à l'atteinte de la cible 2010 établie à douze interventions.

Une somme de 176 240 $ a été octroyée dans les CSSS en 2009-2010 afin de leur permettre de se conformer au standard de continuité en DI et TED dans le cadre de l'implantation du rôle d'intervenant pivot et l'application systématique de plans de service individualisé et intersectoriel (PSII), lorsque nécessaire.

Dans la lignée des travaux du plan d'accès, un document de travail est actuellement en processus de consultation, portant sur les balises relatives à la hiérarchisation des services et au partage des responsabilités des établissements de la Côte-Nord en DI et TED. Ces orientations visent à soutenir la fonction des intervenants pivots du réseau et faciliter une compréhension commune des différents acteurs sur les trajectoires de services et les mécanismes de liaison à mettre en place.

2. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE - PERSONNES HANDICAPÉES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Soutien à domicile - déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	167 usagers	165 usagers	156 usagers

Commentaires

L'objectif régional est atteint à 94,5 % en 2009-2010.

Il n'y a pas de liste d'attente pour des services d'aide à domicile destinée aux familles de personnes handicapées par l'entremise de l'allocation directe dans notre région.

L'Agence a été sensibilisée au cours de l'année 2009-2010 aux situations financières difficiles vécues par deux organismes communautaires offrant du répit en déficience intellectuelle. Des analyses de la situation financière de ces organismes sont actuellement en cours.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

Indicateur		Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1 861 jeunes et familles	1 861 jeunes et familles	2 039 jeunes et familles
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,79 interventions/ jeune	7 interventions/ jeune	7,08 interventions/ jeune

Commentaires

Le MSSS précise dans son Offre de service 2007-2012 – Jeunes en difficulté les standards à mettre en place. Ces services à optimiser ou à développer visent particulièrement l'intensification des services de première ligne.

1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)

Cette cible est atteinte. En fait, quelques établissements l'atteignent facilement et d'autres sont un peu sous la cible. Toutefois, il ressort que certains aient fait le choix d'offrir une intensité de service (1.6.2) vu la nature du dossier et d'autres ont décidé de répondre à l'ensemble des dossiers en offrant une moins grande intensité. Tous relatent qu'ils ont dû faire ces choix, en partie, au regard du contexte de la liste d'attente du Centre jeunesse.

1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

L'ensemble des CSSS de la région ne rencontre pas cette cible, sauf un (CSSS de Sept-Îles) qui fait gonfler la moyenne régionale et permet ainsi d'atteindre la cible. Ils invoquent le fait que le volume d'usagers s'est avéré plus grand en raison du manque de ressources humaines du Centre jeunesse, ce qui n'a pas permis de répondre avec l'intensité voulue.

À la lumière des résultats obtenus, nous serions tentés de conclure à l'atteinte des cibles ou en voie de l'être. Or, il importe de regarder les données individuellement afin d'apprécier la réelle prestation de services auprès des jeunes en difficulté et leur famille.

À cet effet, le secteur de la Haute-Côte-Nord a présenté des difficultés en ce qui concerne l'offre du programme SIPPE. Le programme de négligence n'était pas offert dans ce secteur. À cela, ajoutons des postes vacants tant à l'évaluation qu'à l'application des mesures pour ce même secteur. C'est toute la clientèle à risque qui n'est pas rejointe, surtout lorsque l'on sait que les SIPPE sont un signalant important pour la négligence.

Autre exemple, le secteur de la Basse-Côte-Nord présente une réalité toute autre avec laquelle il doit conjuguer. De fait, plusieurs parents de ce secteur s'absentent du mois d'avril au mois d'octobre pour le travail. Il y a donc un volume d'usagers qui correspond à la cible, mais pas au niveau de l'intensité. Ajoutons que ce constat s'applique également à la réalisation des SIPPE.

Enfin, notons que les résultats du CSSS de l'Hématite ne représentent pas la réalité. Il y a eu un problème de compréhension concernant la saisie de données dans I-CLSC. Des modifications à cet effet seront apportées pour l'année 2010-2011.

2. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services de deuxième ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) dans un délai moyen d'attente de douze jours civils pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours civils pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateur		Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse	24,89 jours civils	18 jours civils	20,9 jours civils
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	31,27 jours excluant jeunes dans communautés	31 jours excluant jeunes dans communautés	34,29 jours excluant jeunes dans communautés
1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	69,58 jours civils	26 jours civils	31,7 jours civils

Commentaires

En 2008-2009, la province a reçu 69 705 signalements dont 30 022 (43,1 %) furent retenus (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2009). Pour notre région, 2 032 signalements ont été reçus dont 837 retenus (41,2 %) (Rapport de gestion du CPRCN 2008-2009).

Toutefois, notons que l'incidence est de 4,2 % pour la Côte-Nord, comparativement à 2 % pour la province. Ce résultat s'explique par une plus grande présence de facteurs de risque, contrairement à ce qui est présenté par la province.

Conjugué à cette réalité, le Centre jeunesse Côte-Nord vit depuis quelques années, et plus particulièrement cette année, une difficulté importante à combler son plan de poste, surtout pour le secteur est, mais également en Haute-Côte-Nord. Certains CSSS en ont ressenti les effets en ce qui a trait à l'organisation des services « Jeunes en difficulté ». De plus, compte tenu du contexte de la Haute-Côte-Nord, c'est toute l'offre de service aux jeunes en difficulté et à leur famille qui est à questionner.

1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse

La cible initialement visée pour cet indicateur est de douze jours et le Centre jeunesse Côte-Nord a obtenu 20,9 jours pour la P-13. On remarque une amélioration avec les périodes précédentes.

À ce sujet, le Centre jeunesse mentionne que la liste d'attente à l'étape de l'évaluation a atteint 109 usagers. À ce jour, 30 % du plan de poste dédié à l'évaluation est dépourvu de son titulaire, particulièrement dans le secteur de Sept-Îles (données du Centre jeunesse Côte-Nord, fiche de reddition de comptes 2009-2010).

1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse

La cible visée pour cet indicateur est de 30 jours et le Centre jeunesse a obtenu 34,29 jours pour la P-13. Il y a eu un recul comparativement à l'année précédente.

Le Centre jeunesse mentionne que dans les secteurs de Forestville et de Sept-Îles, le plan de poste était incomplet tout au long de l'année. À ce jour, la liste d'attente est de 45 usagers, dont 23 en attente de réassignation (données du Centre jeunesse Côte-Nord, fiche de reddition de comptes 2009-2010).

1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA

Une nette amélioration est remarquée pour cet indicateur. Cela s'explique par la rigueur que le Centre jeunesse a mise quant à la saisie de la date de premier contact dans le système d'information clientèle. Le Centre jeunesse relate le fait que la majorité des clients suivis en vertu de la LSJPA sont vus en deçà de quatorze jours. Un cas explique le gonflement du résultat. Il s'agit d'un dossier, dans un contexte particulier, pour lequel des mesures de suivi sont maintenant en cours.

3. FAITS SAILLANTS

PLAN DE FORMATION

L'Agence a déployé deux formations découlant du Plan de formation national. Il s'agit de la formation « Clarification projet de vie » dispensée auprès des intervenants du Centre jeunesse Côte-Nord et de certains intervenants des CSSS. Également, les éducateurs travaillant avec la clientèle jeunesse en centre de réadaptation ont pu recevoir la formation sur l'« Encadrement intensif ».

SERVICE D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE

L'Agence a attribué un montant non récurrent de 66 000 $ au CSSS de Manicouagan, pour l'année 2010-2011, afin de permettre la poursuite de son programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu, tel qu'il est prévu dans l'Offre de service 2007-2012 - Jeunes en difficulté. Deux postes sont donc dédiés à ce programme sur ce territoire.

TRAVAILLEUR DE RUE

Pour l'année financière 2009-2010, l'Agence a consolidé le financement de cette mesure par l'octroi d'un montant de 245 000 $.

MAISONS DE JEUNES

Pour l'année 2009-2010, les crédits de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009 sont devenus récurrents permettant ainsi de rehausser le financement de façon permanente pour les maisons de jeunes.

LES DÉPENDANCES

1. TOXICOMANIE

En août 2009, l'Agence débutait un processus de consultation sur les orientations régionales en dépendances. Ce document de consultation intitulé « Orientations régionales pour le programme-services Dépendances, 2010-2015 » a reçu l'aval du CGR – Côte-Nord, et a été adopté par le conseil d'administration au printemps 2010. Une large diffusion de ces orientations est prévue pour l'année à venir. Le principal objectif est de définir l'offre de service auprès des personnes présentant une consommation à risque ou un trouble d'abus ou de dépendances (alcool, drogues ou jeu de hasard et d'argent). Le document de référence présente certaines recommandations, dont entre autres d'élaborer des projets cliniques en dépendances, de réviser et d'implanter des ententes de service entre les différents partenaires concernés ainsi que d'assurer l'accessibilité aux services, notamment pour les communautés autochtones.

2. JEU PATHOLOGIQUE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateur	**Résultat 2008-2009**	**Cible 2009-2010**	**Résultat 2009-2010**
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	75 joueurs	115 joueurs	56 joueurs

Commentaires

À la période 11, 56 joueurs et huit proches ont reçu des services spécialisés sur la Côte-Nord. Le seuil de services ministériel se situe à 76 joueurs. La cible régionale avait été fixée à 115 joueurs. Ces cibles, autant régionales que provinciales, ne seront probablement pas atteintes.

Les services spécialisés en jeu pathologique sont offerts dans les neuf points de service du CPRCN - Centre Le Canal. Les intervenants psychosociaux œuvrant en dépendances ont le mandat d'offrir une évaluation spécialisée et un suivi psychosocial en réadaptation autant aux personnes aux prises avec des problématiques d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. Une difficulté pour répondre à la demande est présente en Minganie, en raison de la faible disponibilité de ressources professionnelles dédiées à cette activité.

Une augmentation des demandes de services pour la clientèle jeunesse a été notée.

Malgré une promotion de ces services, cette diminution est présente dans plusieurs centres de réadaptation en dépendances de la province. Cependant, aucune liste d'attente n'est présente pour l'accès à ces services.

À l'automne 2010, la formation de première ligne adultes en dépendances outillera les intervenants en CSSS à repérer et à détecter les personnes présentant des problèmes de consommation d'alcool, de drogues et de jeu pathologique. Il est possible que l'utilisation de ces outils permette de mieux repérer les clientèles et, ainsi augmenter le nombre de références aux services spécialisés. Des indicateurs régionaux seront développés afin de valider le nombre de personnes dépistées et référées aux services spécialisés.

LA SANTÉ MENTALE

1. SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services de première ligne - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	1 114 usagers	1 250 usagers	1 353 usagers

Commentaires

En ce qui concerne l'indicateur pour le nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS, nous concluons l'exercice financier 2009-2010 avec un résultat de 1 353 usagers dépassant ainsi la cible prévue de 1 250. Précisons que nos résultats sont en progression constante depuis l'année 2006-2007 et que, pour le dernier exercice seulement, ils ont augmenté de 21 %, totalisant 239 usagers supplémentaires ayant bénéficié des services de première ligne.

Il convient de souligner que 70 % de ces 239 personnes supplémentaires ont été vues par le CSSS de Sept-Îles. Rappelons que 2009-2010 a constitué la première année complète de fonctionnement de son guichet d'accès en santé mentale. Actuellement, il est le seul des établissements nord-côtiers à posséder un tel guichet pour cette période de référence. Cependant, pendant ce même exercice, les autres établissements ont instauré des guichets d'accès généraux, ce qui pourrait avoir des répercussions positives sur le nombre d'usagers vivant avec une problématique de santé mentale et ayant reçu des services de première ligne en 2010-2011.

Un montant de 10 500 $ non récurrent a été versé à l'Association canadienne pour la santé mentale afin de soutenir la production d'un guide pour les proches d'une personne vivant avec une problématique de santé mentale. Ce document les aidera, notamment lors de l'annonce du diagnostic, et donnera des informations sur les maladies et la médication.

2. SERVICES DE DEUXIÈME LIGNE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services de deuxième ligne - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	90 usagers	< 73 usagers	135 usagers

Commentaires

Nous terminons l'exercice 2009-2010 avec un résultat de 135 usagers en attente de services de deuxième ligne depuis plus de 60 jours, ce qui est supérieur à la cible fixée pour 2009-2010, soit 73.

Il convient de préciser que, pour l'année 2009-2010, nous avons en moyenne 31 enfants et jeunes de moins de 18 ans en attente ainsi que 55 adultes. Les effectifs réduits et les différentes absences des professionnels œuvrant dans ces services rendent difficile l'atteinte de cette cible.

Deux projets de pédopsychiatrie et de psychiatrie répondante ont été déposés au MSSS. Ces projets favoriseront le soutien des médecins ainsi que des intervenants de première ligne œuvrant dans les établissements situés dans la partie est du territoire.

3. SERVICES DE CRISE ET D'INTÉGRATION DANS LA COMMUNAUTÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services de crise et d'intégration dans la communauté - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : ⇨ En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); ⇨ En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/ 100 000 habitants).

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	70,77 personnes	130 personnes	68,58 personnes
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	S/O	S/O	S/O

Commentaires

Au cours des dernières années, nos résultats ont progressé passant de 51 en 2006-2007 à 68,58 pour 2009-2010, mais sans cependant atteindre l'engagement régional, le seuil ou encore la cible 2010. Nous avons investi à plusieurs reprises afin d'augmenter les effectifs dédiés à ce service et présentement, nous avons le requis nécessaire pour répondre à l'engagement ainsi qu'à la cible 2010.

Soulignons que ce service n'est pas dispensé dans les trois territoires suivants : Basse-Côte-Nord, Hématite et Naskapi, et ce, considérant la dispersion géographique, l'absence presque totale de lieux de rencontre, la faible densité de population, etc.

Le Centre national d'excellence en santé mentale est venu offrir une formation au regard notamment de ce service. De plus, il convient également de mentionner qu'un établissement a fait appel à une ressource spécialisée en soutien d'intensité variable afin de les soutenir dans la réorganisation de leurs services ainsi que de leurs pratiques. Cette démarche pourrait s'avérer positive pour nos résultats de 2010-2011.

4. SERVICES D'URGENCE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Services d'urgence - santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : ⇨ Séjour moyen sur civière à l'urgence de douze heures et moins; ⇨ 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	12,35 heures	12 heures	12,69 heures
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	3,52 %	1 %	3,41 %

Commentaires

En ce qui concerne ces deux indicateurs, nous n'atteignons pas les cibles 2009-2010. Il faut cependant noter que, pour l'indicateur 1.8.7, notre résultat de 12,69 se veut très près de la cible 2010 et que le résultat pour 1.8.8 s'est amélioré en comparaison de l'exercice 2008-2009. Précisons que les données proviennent de deux établissements et que l'un d'entre eux rencontre, avec peu d'écart, ses cibles pour 2009-2010. En ce qui a trait à l'autre CSSS, une mauvaise codification de patients connus initialement pour une problématique de santé mentale venant consulter pour leur santé physique expliquerait une partie de l'écart entre les résultats et les cibles.

De plus, bien qu'aucun objectif n'ait été signifié aux établissements au regard de la première ligne, il convient de mentionner que la liste d'attente pour l'accès à ces services, dans un délai de 30 jours, se situe à onze enfants et cinq adultes pour le dernier exercice complété.

5. FAITS SAILLANTS

COMITÉ DE CONCERTATION RÉGIONAL - SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

L'Agence a coordonné les travaux de ce comité dont le mandat vise à établir le portrait de l'offre de service pour le programme santé mentale et suicide par territoire de CSSS et à définir les orientations et priorités en termes de consolidation et de développement.

À la suite d'une recommandation de ce comité de concertation, l'Agence a coordonné les travaux d'un sous-comité « arme à feu » constitué de représentants de l'Agence, du Centre d'intervention et de prévention du suicide (CIPS), de la Sûreté du Québec, d'un médecin-psychiatre conseil et d'un procureur. En septembre 2009, une campagne de sensibilisation pour le désistement volontaire des armes à feu a été lancée ayant comme objectif la diminution de l'accessibilité aux armes à feu inutilisées et la réduction des risques d'homicide, de suicide et d'accident associés à leur présence dans un foyer privé. De plus, au cours de l'année 2009-2010, des travaux ont débuté pour mettre à jour et moderniser le Guide de conduite en présence de personne suicidaire, dépressive, violente ou à risque qui a un permis ou a accès à une arme à feu. Ce guide, disponible depuis 2003, s'adresse aux proches, à la famille et aux différents professionnels, incluant les médecins, et vise à déterminer une procédure pour retirer l'accès à des armes à feu des personnes à risque.

Depuis 2001, l'Agence a mandaté le CIPS et les CSSS pour implanter un réseau de sentinelles en prévention du suicide sur l'ensemble du territoire de la Côte-Nord, et ce, dans différents milieux de travail, de loisirs, de sports, jeunesse, etc. En 2009-2010, quatorze formations de sentinelles ont été organisées dans notre région, rejoignant 129 personnes. Le CIPS a le mandat d'assurer le suivi de ces sentinelles. Ce suivi est disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à l'aide d'une ligne d'intervention téléphonique.

TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)

L'Agence a animé et coordonné les travaux d'un groupe dédié à la problématique du TDAH. Ce comité a rédigé un plan d'action régional relatif au TDAH. De plus, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), l'Agence a offert une formation sur les connaissances de base en lien avec ce trouble aux intervenants des réseaux de la santé et de l'éducation dans six territoires de CSSS.

LA SANTÉ PUBLIQUE

1. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

L'accompagnement des chantiers de développement social en matière de prévention et de promotion de la santé s'est traduit principalement par les interventions de Québec en forme sur le territoire nord-côtier. Cette présence prend entre autres la forme d'approches effectuées auprès des chantiers existants ou de regroupements potentiels ainsi que l'implication au sein de tables de concertation et de projets en lien avec la promotion des saines habitudes de vie.

Dans la foulée du plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie, un sous-comité, issu de la Stratégie régionale concertée, a été mis en place pour élaborer le projet régional qui sera déposé au printemps 2010 à la Société de gestion du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie. Ce fonds a été créé en 2009 pour financer des projets régionaux concertés qui visent le développement ou l'acquisition de saines habitudes de vie chez les jeunes québécois.

1.1 SAINES HABITUDES DE VIE (0-5-30)

TABAGISME (0)

Prévention

Le programme provincial « La gang allumée, pour une vie sans fumée » a suscité un certain nombre de projets, mais seulement deux d'entre eux, réalisés dans une école secondaire et une maison de jeunes, ont fait l'objet d'une subvention pour un montant total de 700 $.

Cessation

- Centre d'abandon du tabagisme (CAT) : Les services de cessation tabagique en CSSS ont permis de rejoindre 245 fumeurs, soit 237 en rencontres individuelles et huit en interventions de groupe. L'objectif régional était de 349 fumeurs : deux CAT ont dépassé leur objectif local (CSSS de Manicouagan et de la Basse-Côte-Nord) et cinq CAT se sont approchés de leur objectif (26 % à 89 %).
- Défi « J'arrête, j'y gagne! » : Le défi « J'arrête, j'y gagne! » est basé sur une approche approuvée, puisque près de deux participants sur trois parviennent à ne pas fumer durant les six semaines de l'activité. La formule gagnante du défi repose sur deux éléments clés : une inscription en duo et un soutien gratuit, offert sous différentes formes avant le défi, pendant et après, pour maintenir le « cap ». Ce sont 244 fumeurs de notre région qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant six semaines, soit du 1er mars au 11 avril 2010. L'âge moyen du fumeur était de 37 ans. Cette année, onze jeunes âgés de 19 ans et moins, 108 jeunes adultes âgés de

20 à 34 ans, 99 adultes âgés de 35 à 54 ans et 26 adultes de plus de 55 ans ont relevé le défi de six semaines. Depuis la première édition en l'an 2000, un total de 4 656 Nord-Côtiers ont participé au défi « J'arrête, j'y gagne! ».

Protection

Une campagne d'information sur les risques reliés à l'exposition à la fumée de tabac secondaire à la maison a été réalisée à l'automne 2009. Cette campagne « Pas de boucane dans ma cabane », initiée dans le cadre du programme « Famille sans fumée », visait à rappeler particulièrement aux parents de jeunes enfants qu'il n'y a aucun niveau d'exposition qui soit sécuritaire. Depuis trois ans, le nombre de familles nord-côtières qui s'inscrivent à cet événement ne cesse d'augmenter. En 2009, 245 familles, regroupant 734 personnes, se sont engagées à devenir une famille sans fumée, ce qui représente une augmentation de 51 % par rapport à l'année précédente.

FRUITS ET LÉGUMES (5)

Défi Santé 5/30 Équilibre

Le défi santé 2010 se présente sous le signe de la nouveauté avec l'ajout du volet « Équilibre » au 5/30, pour marquer l'importance de s'occuper de son corps, mais également de sa tête. Dans le cadre des objectifs « Équilibre » du défi 2010, il est proposé aux participants d'apprivoiser la relaxation, de se réserver du temps pour soi, d'établir ou de revoir ses priorités, de mieux concilier vie professionnelle et personnelle, de bien communiquer et d'entretenir ses réseaux de soutien. Le « Défi Santé 5/30 Équilibre » a attiré 1 750 Nord-Côtiers qui sont passés à l'action en adoptant deux habitudes significatives pour leur santé à savoir, consommer cinq portions de fruits et légumes par jour et faire 30 minutes d'activité physique au moins pendant cinq jours par semaine, tout en intégrant une approche plus globale de la santé. Le « Défi Santé 5/30 Équilibre » a attiré majoritairement plus de femmes que d'hommes (79 % comparativement à 21 %). Les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans et les adultes de 35 ans et plus contribuaient pour 22 % et 59 % du nombre total des inscriptions. Près du quart des participants se sont inscrits avec leur famille et près de 10 % des participants l'ont fait en se bâtissant une équipe avec leurs amis. Cette participation des familles confirme la volonté des parents d'offrir à leurs enfants l'occasion de développer, dans le plaisir, de saines habitudes de vie et de grandir dans un environnement facilitant les choix santé. Les inscriptions en équipe démontrent un intérêt pour relever le défi avec le soutien et les encouragements de coéquipiers.

Programme « Fruits et légumes en vedette »

Le programme « Fruits et légumes en vedette » s'adresse aux restaurateurs et vise à accroître l'année durant la présence des fruits et légumes dans les mets offerts au restaurant. Cette année, trois restaurants de la région se sont engagés à mettre de la couleur dans leurs assiettes en participant à cette initiative.

Rallye sur la Côte

La deuxième édition du « Rallye sur la Côte » a eu lieu au printemps. Cette activité destinée principalement aux employés du réseau de la santé vise l'augmentation de la consommation de légumes et fruits et de la pratique d'activités physiques. En tout, 20 milieux, dont une municipalité, ont participé incitant les participants à parcourir virtuellement en six semaines les 1 200 kilomètres qui séparent Sacré-Cœur à Blanc-Sablon. Au total, 459 personnes ont participé à cette activité annuelle.

Promotion des saines habitudes de vie

Dans le but de sensibiliser la population nord-côtière à l'importance d'adopter un mode de vie sain et actif, le Service de prévention et de promotion de la santé a réalisé trois projets de promotion des saines habitudes :

- ⇨ Campagne promotionnelle ciblée pour la clientèle masculine : La première activité de cette campagne est la production d'une publicité télévisuelle et d'une affiche;
- ⇨ Activités « Clés en main » de promotion des saines habitudes alimentaires pour les clientèles en milieux défavorisés : Le thème abordé vise à tirer le maximum du panier d'épicerie;
- ⇨ Feuillet explicatif sur l'assiette-santé et les signaux de faim et de satiété : Élaboration du concept afin que le feuillet puisse être utilisé par l'ensemble des intervenants qui font la promotion d'une saine alimentation.

ACTIVITÉ PHYSIQUE/KINO-QUÉBEC (30)

Festival « Plaisirs d'hiver »

Seize municipalités ont répondu à l'appel en proposant une centaine d'activités différentes au cours du festival « Plaisirs d'hiver ». Afin de soutenir ces initiatives qui offrent l'opportunité aux citoyens d'être actifs durant cette période, de nombreux objets promotionnels (tuques et affiches) ont été offerts par Kino-Québec et 29 paires de raquettes à neige haut de gamme ont été remises parmi les participants aux diverses activités. L'édition 2010 a encore une fois impliqué le milieu scolaire avec 19 écoles de la Côte-Nord qui ont mis en action 2 731 jeunes dans le cadre des cours d'éducation physique ou lors de journées spéciales. Les enseignants qui proposaient une activité se voyaient remettre un aimant promotionnel et un devoir actif pour chaque élève. Les écoles avaient aussi l'opportunité de soumettre une demande afin d'accueillir un athlète olympique chez eux.

Rendez-vous d'automne

Dans le cadre de « Rendez-vous d'automne », une campagne faisant la promotion de la marche à l'automne, une saison propice à cette activité, a débuté dès octobre. Plusieurs municipalités et milieux de travail se sont engagés à mettre sur pied des activités visant à faire bouger la population.

Des objets promotionnels (réflecteurs stroboscopiques), des carnets de marcheurs ainsi que des affiches ont été remis aux municipalités et aux milieux de travail impliqués.

Concours « École active »

Pour l'édition 2009, huit écoles ont présenté des projets touchant les saines habitudes de vie. Ces projets devaient favoriser la pratique de l'activité physique par l'aménagement de la cour d'école, l'achat de matériel à caractère sportif ou encore, favoriser une saine alimentation. Cinq des huit projets ont vu leur projet financé pour un total de 5 110 $.

Défi Basket

L'édition 2009 du « Défi Basket » a mis en action au-delà de 7 299 jeunes de la maternelle au secondaire dans 42 écoles de la Côte-Nord. Un certificat authentifiant la participation, de même qu'une chance de remporter 500 $ étaient offerts à chaque école relevant le défi. Les écoles étaient aussi encouragées à s'inscrire aux activités du mois de l'éducation physique et du sport étudiant (MEPSÉ). Les élèves pouvaient remporter des prix, gracieuseté de Kino-Québec, l'Unité régionale Loisir et Sport Côte-Nord (URLS) et l'Association régionale du sport étudiant de la Côte-Nord (ARSE).

Défi « Moi, j'croque »

Pour la quatrième année, le partenariat avec l'ARSE se poursuit. L'objectif est d'encourager les écoles dans la participation au défi « Moi j'croque », un concours régional au cours duquel les écoles primaires de la région invitent leurs élèves et membres du personnel à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Kino-Québec a remis, gracieusement, la trousse à 40 écoles primaires de la Côte-Nord.

L'ARSE a réalisé un projet pilote avec le défi « Pelure de banane » qui, comme le défi « Moi, j'croque », encourage les élèves des écoles secondaires à consommer plus de fruits et légumes.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Dans le but de soutenir et de favoriser les actions visant le développement de la sécurité alimentaire, qui s'inscrivent dans les stratégies de développement social et de développement des communautés, huit projets ont été appuyés financièrement pour un budget global de 102 003 $. Des projets ont été soumis par les CSSS de la Haute-Côte-Nord, de Manicouagan, de Port-Cartier, de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord.

Voici la liste des projets subventionnés :

TERRITOIRE DE CSSS	PROJET	PROMOTEUR	SUBVENTION 2009-2010 ($)
Haute-Côte-Nord	Nourris ton cerveau	Centre d'action bénévole Le Nordest	5 519
	Cuisinons ensemble pour la santé de demain	Maison de la famille de Longue-Rive	10 000
		Total	**15 519**
Manicouagan	Famille mieux nourrie, famille épanouie	Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	23 000
	Cui-cui-zinons santé!	Ressources familles Manicouagan	5 565
		Total	**28 565**
Port-Cartier	Qu'est-ce qu'on mange?	Maison de la Famille de Port-Cartier	20 000
		Total	**20 000**
Sept-Îles	Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	L'Envol - Maison de la famille	25 000
	J'ai faim	Chantier Jeunesse Loisir	7 919
		Total	**32 919**
Basse-Côte-Nord	To provide hot nutritious meals to the senior citizens aged 75 +, physically handicapped, and convalescence in the community of Chevery	Club des Citoyens Seniors de Chevery	5 000
		Total	**5 000**
GRAND TOTAL			**102 003**

1.2 PÉRINATALITÉ

ALLAITEMENT MATERNEL

Dans le cadre de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, l'Agence lançait sous le thème « Vous faites la différence », une campagne de valorisation du rôle des acteurs de la santé qui interviennent auprès des parents tout au long de la grossesse, de l'accouchement et après la naissance.

Être en mesure de proposer l'allaitement aux mères et de les accompagner dans ce choix sont deux des objectifs poursuivis par cette campagne de sensibilisation qui s'échelonnera sur trois ans. Pour y arriver, plusieurs moyens sont déployés pour rejoindre le public cible : formations sur l'allaitement dans l'ensemble des CSSS de la région, Journées nord-côtières de périnatalité, bulletins d'information sur l'initiative amis des bébés (IAB) et diffusion d'outils promotionnels à l'effigie de la campagne.

En septembre 2009, 72 intervenants provenant de plusieurs professions et d'horizons différents (médecins, infirmières, travailleuses sociales, bénévoles, etc.) ont participé aux Journées nord-côtières de périnatalité sur l'allaitement maternel, la mise en œuvre de l'IAB, la sécurité à domicile chez les enfants et la transmission générationnelle.

SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE) À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites aux SIPPE et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	- (82 femmes)	80 %	50,5 % (69 femmes)

Commentaires

Les CSSS n'offrent pas de SIPPE aux familles des communautés autochtones de la région. Les centres de santé autochtones travaillent à mettre sur pied des services de santé maternels et infantiles dans leur communauté. L'Agence a dû réviser les résultats de quatre établissements en excluant les naissances des nouveau-nés d'origine innue. Les calculs ajustés sont effectués en utilisant le fichier des naissances 2007.

Les SIPPE ne sont pas que des services de suivi clinique, le cadre de référence vise notamment à :

- ⇨ travailler en action intersectorielle de façon continue avec les organismes concernés par les populations visées;
- ⇨ éviter le dédoublement de services;
- ⇨ soutenir les ressources existantes;
- ⇨ mobiliser l'ensemble des partenaires;
- ⇨ clarifier les mandats de chaque organisme partenaire (Centre de la petite enfance (CPE), maison de la famille, organismes communautaires, etc.);
- ⇨ permettre de développer, chez les jeunes parents, les compétences nécessaires à l'exercice de leur rôle de parent.

Il importe que les CSSS interviennent à la fois auprès des familles, de la communauté et de l'environnement global.

Il est possible de faire une corrélation entre les SIPPE, les services de première ligne et la répercussion sur les services de deuxième ligne. Plus nous travaillons en amont, plus nous influençons le recours aux services en protection de la jeunesse.

Des travaux régionaux seront entrepris afin de s'assurer de l'optimisation des services pour le mieux-être des familles.

TERRITOIRE DE CSSS	NOMBRE DE FEMMES 2008-2009	RÉSULTAT 2009-2010	
		POURCENTAGE	NOMBRE DE FEMMES
CSSS de la Haute-Côte-Nord	7	50,00	9
CSSS de Manicouagan *	21	46,20	17
CSSS de Port-Cartier	20	130,77	17
CSSS de Sept-Îles *	29	63,50	23
CSSS de la Minganie *	2	28,60	1
CSSS de la Basse-Côte-Nord *	3	12,50	1
CSSS de l'Hématite		4,76	1
CLSC Naskapi	-	-	-

* CSSS dont les résultats ont fait l'objet d'une révision en excluant les naissances attribuables aux communautés innues.

Les SIPPE se divisent en deux volets, le soutien aux jeunes parents et le soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté.

Le programme vise plusieurs objectifs, dont la réduction, d'ici 2012, de la mortalité et de la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables en améliorant, entre autres, la sécurité à domicile.

C'est dans cette perspective que l'Agence s'est associée au Centre de réadaptation L'Émergent et aux services de sécurité incendie de Baie-Comeau, Sept-Îles et Port-Cartier, afin de réaliser un projet de prévention des traumatismes domiciliaires non intentionnels chez les enfants, basé sur la distribution d'une trousse contenant des dispositifs de sécurité.

Le principal objectif consiste à réduire les hospitalisations chez les enfants de quatre ans et moins, et diminuer le nombre de visites à l'urgence en lien avec les traumatismes non intentionnels, tels que les chutes, les brûlures et les intoxications. La trousse de prévention est distribuée à domicile aux familles identifiées dans le cadre du programme SIPPE.

PLANIFICATION DES NAISSANCES

L'Agence s'est associée à l'INSPQ afin de développer des orientations régionales en planification des naissances. Une tournée de l'ensemble des CSSS visant à recueillir de l'information sur l'offre de service actuelle en matière d'éducation sexuelle, de contraception et d'accessibilité à l'interruption volontaire de grossesse a permis de faire le point sur ces thèmes et de présenter le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale.

À ce jour, six CSSS ont bénéficié d'une formation pour leurs équipes concernées par la contraception (médecins, infirmières et pharmaciens) afin de mettre en place l'ordonnance collective de contraception hormonale sur leur territoire. Au 31 mars 2010, cinq CSSS sur six ont adopté la leur. Ce dynamisme des établissements permettra, dans les prochaines années, d'offrir une meilleure accessibilité à la contraception hormonale pour l'ensemble des adolescentes, jeunes adultes et femmes en âge de procréer.

1.3 PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	52,11 %	60 %	63,38 %

Commentaires

Cet indicateur est retenu dans le Plan stratégique 2005-2010 du MSSS, mais non chiffré (il est souhaité l'atteinte progressive de l'ensemble des écoles à l'approche « École en santé »). Au régional, une cible de 60 % est inscrite au plan d'action régional de santé publique et à la fiche de planification stratégique 2008-2010.

Au 31 mars 2010, les données nous indiquent que 63,38 % des écoles de la région implantent l'approche « École en santé » avec la contribution des CSSS. En comparaison, 26,4 % des écoles du Québec implantent cette approche à la même date.

Il est à noter qu'un aide-mémoire transmis par le MSSS (6 octobre 2008), en complément au guide de saisie du cadre normatif I-CLSC, indique que « chaque école, reconnue comme étant une école qui implante l'approche « École en santé », doit s'engager, avec la collaboration d'un accompagnateur du CSSS, dans une démarche de planification d'interventions de promotion de la santé et de prévention, basée sur les meilleures pratiques, qui s'inscrit dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école. Cette démarche peut être spécifique à l'approche « École en santé » ou commune à plusieurs mesures structurantes offertes au milieu scolaire, dont l'approche « École en santé » ou la Stratégie d'intervention Agir Autrement ». Cela nous laisse croire que d'autres écoles pourraient être identifiées comme implantant l'approche « École en santé », en 2010-2011, compte tenu que l'implantation du cadre normatif I-CLSC est à consolider, dans certains territoires, et qu'une meilleure diffusion et compréhension de cette précision est à poursuivre.

Voici les résultats par territoire de CSSS au 31 mars 2010 :

TERRITOIRE DE CSSS	NOMBRE D'ÉCOLES AYANT AMORCÉ LA DÉMARCHE/NOMBRE TOTAL D'ÉCOLES	POURCENTAGE AMORCÉ
CSSS de la Haute-Côte-Nord	9/11	81,82 %
CSSS de Manicouagan	13/17	76,47 %
CSSS de Port-Cartier	5/6	83,33 %
CSSS de Sept-Îles	2/12	16,67 %
CSSS de la Minganie	10/10	100,00 %
CSSS de la Basse-Côte-Nord	4/12	33,33 %
CSSS de l'Hématite	2/3	66,67 %
TOTAL RÉGIONAL	**45/71**	**63,38 %**

Voici les faits saillants des travaux coordonnés par la Table régionale intersectorielle sur la promotion, la prévention et les services en milieu scolaire (TRIPPS) dans le cadre de l'Entente de complémentarité entre le MSSS et le MELS (Entente MSSS-MELS).

PROGRAMME VERS LE PACIFIQUE

Depuis six ans, le soutien au programme « Vers le Pacifique » s'est traduit, selon les besoins et réalités des milieux, en des investissements tant monétaires qu'humains. En 2009-2010, ce sont 36 écoles primaires sur 67 qui utilisent les activités et outils du programme, souvent en lien avec le Plan d'action pour prévenir et traiter la violence à l'école du MELS.

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES JEUNES

Dans le cadre d'une concertation entre la Direction de santé publique et la Direction régionale du MELS, une formation a été dispensée à une vingtaine d'intervenants de la santé et de l'éducation sur la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité.

Au printemps 2008, la TRIPPS appuyait la mise en place d'un comité de travail MSSS-MELS pour soutenir le déploiement de l'éducation à la sexualité selon les nouvelles orientations. Son mandat est de réaliser des situations d'apprentissage d'éducation à la sexualité, à l'intention des jeunes du primaire, en tenant compte des meilleures pratiques de prévention et de promotion liées à ce domaine et des encadrements scolaires. Les travaux de ce comité initiés en septembre 2009 se prolongeront jusqu'au printemps 2011. Ce projet est subventionné dans le cadre de la Stratégie d'intervention jeunesse 2009-2014 et les réalisations du comité de travail de la Côte-Nord seront disséminées à l'échelle régionale et nationale par la suite.

1.4 SANTÉ DENTAIRE

L'un des objectifs du service de santé dentaire, dans les CSSS de la région, est d'assurer l'accessibilité de ces services dans chacune des MRC. Les effectifs en hygiène dentaire sont quasi complets, si ce n'est la recherche d'une hygiéniste pour la Basse-Côte-Nord. Le soutien professionnel a été assuré auprès des hygiénistes dentaires.

PROGRAMME « CLÉS EN MAIN »

Le CSSS de Sept-Îles a complété la formation du programme « Clés en main ». Les services de prévention et promotion de la santé buccodentaire seront donc offerts à leur clientèle en CHSLD.

PROGRAMME « SCELLANTS »

Des élèves de Havre-Saint-Pierre et de Fermont ont reçu des scellants pour une deuxième année et des élèves de Sept-Îles et Port-Cartier en ont reçu pour la première année. En 2010, l'objectif est de poursuivre ce programme auprès des élèves des MRC de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord.

1.5 TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

TRAUMATISMES LIÉS À L'USAGE DU RÉSEAU ROUTIER

Véhicules lourds et sécurité routière

Au printemps 2010, le rapport intitulé « Mesures de sécurité routière visant à réduire les accidents qui impliquent des camions lourds sur la route 138 en Côte-Nord – Travaux du comité (Agence Côte-Nord, avril 2009) et Rapport technique (Agence Côte-Nord, juin 2009) » a été rendu public et a fait l'objet d'une présentation dans le cadre du 45e congrès de l'Association québécoise du transport et des routes.

Sièges d'auto pour enfants

En mai et juin 2009, CAA-Québec a tenu une série de formations sur l'ensemble des territoires des CSSS de la Côte-Nord. Près de 60 personnes, provenant de différents milieux (CSSS, Centre jeunesse, CPE, Sûreté du Québec et organismes communautaires dédiés aux familles), ont reçu la formation appropriée pour se joindre au réseau provincial permanent de vérification des sièges d'auto pour enfants. Ces intervenants sont en mesure d'offrir un service de vérification et d'installation grâce à la collaboration de certains garages accrédités CAA-Québec et autres concessionnaires automobiles.

TRAUMATISMES LIÉS AUX CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE

En septembre 2009, dix professionnels de la santé (kinésiologues, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique) ont suivi une formation les sensibilisant à la problématique des chutes chez les aînés et les habilitant à animer le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) et à former des animateurs pour ce programme. Déjà au printemps, les CSSS de Sept-Îles et Manicouagan avaient animé sept groupes d'aînés. Ainsi, 118 personnes ont pu en bénéficier et 21 d'entre elles ont obtenu une autorisation médicale pour y participer. Le taux moyen d'abandon lors des deux premières semaines était de l'ordre de 7 % alors que le taux moyen de présences atteignait 70 %.

Au début de l'année 2010, un projet pilote d'adaptation et simplification du Tai Ji, dans une perspective de prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, a été réalisé au CSSS de Sept-Îles. Les objectifs du projet étaient de développer des habiletés d'équilibre inspirées des principes fondamentaux du Tai Ji pour diminuer les chutes, et d'adapter et simplifier l'apprentissage des mouvements de base du Tai Ji de style yang. Ce projet est en phase d'évaluation.

TRAUMATISMES LIÉS AUX BLESSURES À DOMICILE CHEZ LES ENFANTS

L'information est présentée dans la section consacrée à la périnatalité à la page 65.

2. DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Découlant de l'entente entre la Conférence régionale des Élus et l'Agence sur le développement social, la dernière année d'activité a été marquée par la tenue de la quatrième édition de l'Escale. Tenue en Haute-Côte-Nord, l'événement a attiré quelque 150 personnes. Le Réseau des partenaires du développement social et du développement des communautés est fier des résultats obtenus. Il est d'ailleurs déjà à l'œuvre pour préparer le rendez-vous de 2011.

À l'échelle des Chantiers locaux présents dans chacune des MRC, on constate que les acteurs semblent de plus en plus privilégier les partenariats intersectoriels. Ces formes d'animation territoriale permettent, à titre d'exemples, la réalisation d'une stratégie menant au développement d'une planification stratégique, la tenue d'activités de promotion du développement social, une stratégie de rétention de la main-d'œuvre et de la population et de nouvelles concertations pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Par ailleurs, l'Agence a complété la première année d'implantation de la stratégie intersectorielle sur le déploiement des plans d'action gouvernementaux relatifs à la pauvreté et l'exclusion sociale et à la promotion de saines habitudes de vie. Cette stratégie découlant d'une entente entre six ministères et organismes a permis de réunir un exécutif composé d'une quinzaine d'organismes.

L'année 2010-2011 devrait permettre une évaluation des deux ententes favorisant l'intersectorialité dans une optique de développement social et de développement des communautés de la Côte-Nord.

3. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale et agit dans ce domaine d'activité en se référant aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols de même que du maintien sécuritaire de milieux habités.

La prévention des risques est également abordée lors des avis que la Direction de santé publique est invitée à transmettre dans le cadre de l'évaluation des incidences environnementales de différents projets soumis à des études d'impact, tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

Voici les faits saillants de l'année 2009-2010 :

- ⇨ Assurer une réponse sur le plan de la qualité de l'air intérieur directement auprès des citoyens et organismes régionaux, comme ce fut le cas pour les locataires de HLM. Après avoir reçu plusieurs plaintes, la Direction de santé publique a participé à la création d'une table de concertation à Baie-Comeau et a réalisé une enquête santé à deux volets (analyse environnementale des logements et questionnaire santé auprès des locataires).
- ⇨ Assurer une réponse pour les contaminations environnementales hors du commun, telles que la problématique d'eau potable dans le parc Murray à Pointe-Lebel (maisons mobiles).
- ⇨ Participer et collaborer à des comités régionaux afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'érosion des berges, le développement des bleuetières, la Table environnement Côte-Nord, le comité de modernisation d'Alcoa, le groupe de travail sur l'uranium.
- ⇨ Analyser d'un point de vue de santé publique la recevabilité et l'acceptabilité de trois études d'impact environnemental se réalisant sur la Côte-Nord (projet de raccordement du complexe hydroélectrique de la rivière Romaine, pulvérisation aérienne de phytocides, pont de la rivière St-Augustin).
- ⇨ Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord pour garantir une qualité d'eau de consommation sans danger pour la santé humaine en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, sensibilisation des exploitants).
- ⇨ Surveiller les dépassements de différentes normes sur la qualité physicochimique ou bactériologique de l'eau de consommation de même que les avis d'ébullition de l'eau (incluant les avis préventifs).
- ⇨ Maintenir la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale et assurer les enquêtes épidémiologiques lors de déclarations.
- ⇨ Analyser une modification à un schéma d'aménagement et huit projets de règlement.
- ⇨ Entretenir un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant divers dossiers (nouveau site Internet, guide vert du camionneur, campagne « Défi Climat »).
- ⇨ Diffusion d'un article dans le bulletin « La santé recherchée » en collaboration avec les chercheurs de l'INSPQ sur la gestion du risque d'érosion des berges sur la Côte-Nord et ses impacts sur la santé.

4. SANTÉ AU TRAVAIL

Le mandat du Service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé pour des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec les représentants de l'employeur et des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2009, 275 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 442 entreprises potentiellement à desservir[2].

Suivant le nouveau plan d'organisation mis en place en 2008, une seule équipe locale de santé au travail dessert les sept territoires de la région. Le CSSS de Sept-Îles est le mandataire de cette équipe locale. Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

ACTIVITÉS DE BASE DU PROGRAMME DE SANTÉ AU TRAVAIL RÉALISÉES DANS LES ENTREPRISES DE LA RÉGION	
Activité	**Nombre**
Connaissance préalable de l'entreprise	15
Élaboration de programmes de santé	5
Mise à jour de programmes de santé	45
Total	**65**
Intervention générale	36
Ergonomie	9
Soutien à l'organisation santé et sécurité au travail (SST)	35
Surveillance environnementale	70
Surveillance médicale	49
Formation/Information	63
Premiers secours et premiers soins	168
Total	**430**
GRAND TOTAL	**495***

* Ces activités ont été réalisées dans 259 entreprises différentes.

En plus de ces activités de base, les intervenants en santé au travail ont effectué en 2009 :

- ⇨ 566 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- ⇨ Sept enquêtes sur les MADO;
- ⇨ Quinze demandes de service provenant des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en main leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

2. Les ententes de gestion signées avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour l'année 2009 limitent les interventions du réseau public de santé au travail aux entreprises des secteurs d'activité identifiés par la CSST.

Le Service de santé au travail a publié au cours de l'année trois éditions du bulletin « Santé en têtes » à l'intention des travailleurs et des entreprises de la région.

Le plan d'organisation en santé au travail prévoit quinze intervenants « terrain » à l'équipe locale, soit six techniciens en hygiène industrielle et neuf infirmières.

5. MALADIES INFECTIEUSES

5.1 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AUTRES SIGNALEMENTS

Au cours de l'année 2009, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré au fichier provincial 369 MADO d'origine infectieuse, comparativement à 370 en 2008. La chlamydiose génitale représente à elle seule 68 % des MADO déclarées (annexe C).

MALADIES ENTÉRIQUES

- ⇨ Depuis deux ans, le nombre de cas de maladies entériques a légèrement augmenté. Ces maladies représentaient 15,2 % des MADO en 2009, comparativement à 13,5 % en 2008. La salmonellose, les infections à campylobacter et la giardiase sont les plus fréquemment déclarées.
- ⇨ Un cas isolé d'*Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine a été déclaré en 2009, alors que quatre cas avaient été déclarés en 2008. Les enquêtes épidémiologiques réalisées n'ont pas permis de trouver les sources de l'infection.
- ⇨ Un seul cas d'hépatite A fut déclaré en 2009, alors que trois cas avaient été enregistrés en 2008. L'un de ces cas est survenu chez une travailleuse en CPE. Cette situation a nécessité l'administration d'un vaccin contre l'hépatite A à 80 enfants et 25 employés.

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

- ⇨ Au plan régional, le nombre de cas de chlamydiose génitale a diminué de 6,6 %, passant de 290 cas déclarés en 2008 à 271 en 2009. Contrairement à la hausse observée entre 2005 et 2007 (49,2 % à 55 %), la proportion des cas déclarés chez les autochtones est à la baisse depuis 2008 avec 45,7 % et 35,6 % en 2009. Ainsi, pour la même période, cette proportion est à la hausse chez les non-autochtones (2008 : 54,3 %, 2009 : 64,4 %). Pour l'ensemble du territoire, le taux d'incidence de cette infection reste sous-estimé, puisque plusieurs personnes qui consultent bénéficient d'un traitement sans avoir subi de dépistage.
- ⇨ À l'instar du Québec, le nombre de cas d'infection gonococcique est en augmentation sur la Côte-Nord. Alors qu'aucun cas n'avait été rapporté en 2006, cinq cas ont été déclarés en 2007 (dont trois résistances aux fluoroquinolones), sept en 2008 et cinq en 2009.
- ⇨ Dix nouveaux cas d'hépatite C et quatre cas d'hépatite B (porteurs chroniques) ont été déclarés en 2009.

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION

- ⇨ Coqueluche : Un cas a été déclaré en 2009 chez un bébé âgé de un mois (trop jeune pour avoir débuté sa vaccination contre la coqueluche), comparativement à quatre cas déclarés en 2008 (dont trois dans une même famille).
- ⇨ Infection invasive à pneumocoque : En 2009, sur les 21 cas enregistrés, seulement deux déclarations concernaient des enfants âgés de moins de cinq ans, alors qu'en 2008, sur les treize cas déclarés, un seul était âgé de moins de cinq ans. Les souches identifiées (19A et 15C) chez ces trois enfants ne sont pas contenues dans le vaccin utilisé au calendrier de vaccination des nourrissons.
- ⇨ Infection à méningocoque : Aucun cas n'a été déclaré en 2009.
- ⇨ Infection invasive à *Haemophilus influenzae* : En 2009, cinq cas (dont un seul de type B) ont été déclarés. Tous les cas de 2009 sont survenus chez des adultes âgés entre 21 et 83 ans. Rappelons que seule la vaccination contre le type B est disponible et offerte systématiquement aux nourrissons et aux clientèles à risque (ex. : asplénie, état d'immunosuppression, porteur d'un implant cochléaire).

AUTRES MADO

- ⇨ Infection invasive à streptocoque du groupe A : Sept cas ont été déclarés en 2009 dont cinq graves (un décès). Une antibioprophylaxie a été recommandée à tous les contacts étroits des cas considérés graves, tant dans la communauté que chez les travailleurs de la santé.
- ⇨ Tuberculose : Six cas ont été déclarés en 2009. L'intervention de santé publique a été réalisée auprès de 210 contacts considérés significatifs et une prophylaxie à l'isoniazide (INH) a été recommandée à 22 de ces contacts.
- ⇨ Tularémie : Alors qu'aucun cas n'avait été enregistré depuis 2006, un cas de tularémie a été déclaré en 2009 chez un jeune trappeur de quatorze ans.
- ⇨ Légionellose : Un cas de légionellose a été déclaré chez une femme de 47 ans. Un voyage à Cuba serait la source probable de l'infection. Il s'agit du premier cas à survenir sur la Côte-Nord depuis 2001.

ÉCLOSIONS

- ⇨ Gastroentérite virale : Au cours de l'année, six éclosions de gastroentérite virale ont été signalées à la Direction de santé publique. Les milieux visés sont : unité de soins de courte durée (2), unité de soins de longue durée (2), résidence privée pour personnes âgées (1), unité de soins de courte et de longue durée (1).
- ⇨ Diarrhée associée au *Clostridium difficile* : Aucune éclosion n'a été signalée en 2009.
- ⇨ Syndrome d'allure grippale (SAG) : En 2009, cinq éclosions de SAG ont été signalées sur la Côte-Nord. Deux de ces éclosions sont survenues dans des établissements d'enseignement et l'influenza de type B a été mise en cause dans l'une d'elle. Les trois autres éclosions sont survenues en milieu de soins de longue durée, dont deux (une confirmée et une probable) ont

été attribuées à la grippe A(H1N1). Pendant les deux vagues de la pandémie, plusieurs écoles ont rapporté un taux d'absentéisme élevé pour le SAG.

MORSURES ANIMALES

⇨ En 2009, la Direction de santé publique a reçu 33 signalements de morsures animales, comparativement à 60 en 2008, ce qui représente une diminution de 45 %. Cette baisse peut s'expliquer par le fait que lorsque l'animal est disponible, le professionnel de la santé peut faire suivre le formulaire de signalement d'une morsure directement à l'Agence canadienne d'inspection des aliments – division santé des animaux (ACIA) qui s'assurera de l'observation de l'animal avec le propriétaire. En effet, selon les données obtenues de l'ACIA, un total de 56 demandes en provenance de la Côte-Nord ont été reçues par cette organisation en 2009.

⇨ La majorité des morsures (94 %) a été causée par des animaux domestiques. Une chauve-souris et un lièvre ont été impliqués dans les autres incidents. Sur les 43 personnes exposées, une prophylaxie post-exposition a été recommandée à 17 d'entre elles à la suite de l'analyse du risque d'exposition à la rage animale. Dans trois incidents, les animaux ont fait l'objet d'une analyse de laboratoire et les résultats se sont avérés négatifs pour le virus de la rage.

5.2 VACCINATION

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel qu'il est prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib[3] dans les délais	55,99 %	75 %	56,8 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	43,58 %	75 %	46 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	57,72 %	75 %	60 %

Commentaires

À l'été 2005, un comité de travail provincial a été mandaté pour élaborer un état de situation complet sur les impacts de l'ajout de plusieurs programmes de vaccination depuis 2003. Un sondage a été réalisé dans toutes les régions et a mis en évidence des délais importants dans les rendez-vous pour la vaccination des jeunes enfants, pouvant aller jusqu'à quatre mois de retard. La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Afin d'assurer qu'une population vulnérable ne soit pas indûment exposée à un risque de maladie sérieuse évitable par la vaccination, il importe que le rendez-vous soit donné dans la semaine qui suit l'âge prévu au calendrier vaccinal. Précisons que, sur la Côte-Nord, 100 % des vaccins utilisés pour l'immunisation de base sont administrés par le personnel infirmier (vaccinateurs) œuvrant dans les CSSS et les centres de santé innus de la région.

Plusieurs raisons ont été invoquées pour expliquer ces retards, entre autres, l'alourdissement de la tâche, la pénurie de personnel qualifié, les difficultés à réorganiser les services en CLSC à la suite de l'intégration des nouveaux programmes de vaccination et la réorganisation du réseau par la création des CSSS.

3. Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'infection à *Haemophilus influenzae* de type B.

Commentaires (suite)

À la suite de ces constats et afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, trois indicateurs de gestion ont été développés. Ces indicateurs servent à mesurer la proportion d'enfants ayant reçu le vaccin contre DCaT-Polio-Hib (Pédiacel), le méningocoque de sérogroupe C ou le pneumocoque (Synflorix) dans les sept jours suivant l'âge recommandé dans le calendrier d'immunisation du Protocole d'immunisation du Québec. L'objectif à atteindre est que 75 % des enfants soient vaccinés dans les délais recommandés. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de service et non d'un résultat de couverture vaccinale puisque, sur la Côte-Nord, plus de 95 % des enfants de deux ans ont reçu tous les vaccins prévus au calendrier régulier de vaccination, sauf pour la varicelle.

En 2009-2010, au plan régional, les résultats obtenus sont inférieurs à la cible pour les trois indicateurs. Au plan local, seul le CSSS de Manicouagan (sauf pour le méningocoque) obtient des résultats se rapprochant de l'objectif visé (DCaT-Polio-Hib : 71 %, pneumocoque : 72,2 %). Parmi les établissements ayant transmis leur analyse (CSSS de Manicouagan, CSSS de Port-Cartier, CSSS de la Minganie, CSSS de l'Hématite), il est possible de dégager certaines problématiques pouvant expliquer les résultats obtenus :

- ⇨ Cliniques de vaccination des nourrissons une journée par deux semaines dans certains établissements et points de service;
- ⇨ Difficulté de conserver une organisation de travail optimale en raison du faible nombre d'enfants à vacciner dans certains territoires;
- ⇨ Report de la vaccination (entre 10 % et 22 %) :
  - Oubli du rendez-vous par les parents;
  - Détérioration de l'état général de l'enfant (fièvre, maladie virale concomitante);
  - Période de vacances des parents.
- ⇨ Refus de l'administration de plusieurs vaccins lors d'une même visite par les parents ou par certains vaccinateurs, ce qui pourrait expliquer l'écart entre les résultats du DCaT-Polio-Hib et Synflorix qui devraient être administrés simultanément lors de la première visite prévue à l'âge de deux mois.

Concernant les établissements qui ne sont pas des centres accoucheurs, certaines mères restent plus longtemps à l'extérieur du territoire de réseau local après l'accouchement (surtout l'été) et attendent leur retour pour faire vacciner le bébé.

Pistes de solutions :

- ⇨ Fixer le rendez-vous dans la semaine qui suit l'âge prévu au calendrier vaccinal;
- ⇨ Sensibiliser les parents et les vaccinateurs face à l'importance de respecter le calendrier de vaccination;
- ⇨ Mettre en place un système de prise de rendez-vous et de relance téléphonique.

Enfin, depuis 2003, un budget récurrent est attribué par le MSSS pour soutenir les établissements dans l'administration des vaccins du Programme d'immunisation du Québec. La subvention accordée vise à financer l'ensemble des dépenses supplémentaires reliées aux activités de la vaccination de base (gestion des produits, obtention d'un consentement éclairé, administration des vaccins, inscription au dossier, coût du matériel, mise à jour des carnets de vaccination, saisie des données vaccinales dans l-CLSC, transmission des données relatives à l'évaluation de la couverture vaccinale).

COUVERTURE VACCINALE

En 2009-2010, l'évaluation des couvertures vaccinales des enfants âgés de deux ans et des jeunes de la maternelle n'a pas eu lieu en raison de la mobilisation des ressources pour la vaccination contre la pandémie de grippe A(H1N1). Pour la même raison, en milieu scolaire, seule la couverture vaccinale contre l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH) chez les filles a été évaluée pour les jeunes de la 4e année du primaire. En 3e secondaire, l'évaluation a porté sur la vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et le VPH chez les filles.

Plus de 92 % des jeunes de la 4e année ont reçu le vaccin contre l'hépatite B alors que plus de 95 % des élèves de 3e secondaire sont adéquatement vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. À sa deuxième année d'implantation, le programme de vaccination contre le VPH chez les filles a été bien reçu. En effet, 89,2 % des filles de la 4e année du primaire et 92,2 % de celles fréquentant le 3e secondaire ont reçu le vaccin gratuitement et de façon volontaire (respectivement, 90,4 % et 91,1 % en 2008-2009).

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA

Grippe pandémique A(H1N1)

La Côte-Nord se situe parmi les régions du Québec ayant obtenu la meilleure couverture vaccinale contre la grippe pandémique A(H1N1).

TAUX DE VACCINATION (%) CONTRE LA GRIPPE A(H1N1) SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE RÉSEAU LOCAL DE SERVICE (RLS) DE RÉSIDENCE, POPULATION 6 MOIS ET PLUS RÉGION CÔTE-NORD (1er FÉVRIER 2010)

RLS	GROUPE D'ÂGE					
	Taux global	6-59 mois	5-11 ans	12-17 ans	18-64 ans	65 ans +
Haute-Côte-Nord	72,2	91,1	83,1	69,6	66,0	89,5
Manicouagan	68,6	93,4	79,8	63,2	63,6	84,9
Port-Cartier	67,5	91,0	86,4	74,4	60,9	79,8
Sept-Îles	66,1	88,6	76,5	66,6	60,2	79,8
Caniapiscau	75,7	98,1	77,6	75,2	73,2	91,7
Minganie	87,4	91,2	100,0	83,6	84,6	93,9
Basse-Côte-Nord	83,4	98,7	88,9	83,3	80,5	87,7
Kawawachikamach	88,2	75,4	100,0	93,3	79,2	100,0
Région Côte-Nord	70,7	91,6	81,9	69,1	65,4	84,7

Source : Dénominateurs : Effectifs par groupe d'âge au 1er juillet 2008. ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques, 8 octobre 2009 (base de recensement 2006).
Numérateur : MSSS. Application Web sur les activités de vaccination.

Influenza saisonnière

La vaccination contre l'influenza saisonnière se déroule habituellement à l'automne de chaque année. Cette année, la campagne s'est déroulée en janvier 2010, après la vaccination de masse contre la grippe pandémique A(H1N1). La réponse de la population face à la vaccination saisonnière a été beaucoup plus modeste cette année. En effet, la campagne de vaccination menée par les établissements du réseau de santé nord-côtier a permis d'administrer 15 000 doses du vaccin saisonnier alors que 26 000 doses avaient été administrées à l'automne 2008. Les cliniques de vaccination de masse (sans rendez-vous) ayant fait leurs preuves depuis quelques années, les CSSS ont une fois de plus privilégié cette approche afin de rejoindre la population sur leur territoire.

Ainsi, l'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 93,4 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée, 44,7 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en milieu ouvert et 41,7 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés cette année, comparativement à 93,3 %, 61,5 % et 69,6 % l'an dernier. L'objectif visé est de 80 %.

MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES À LA SUITE D'UNE VACCINATION

Au cours de l'année 2009, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a reçu 100 « Rapports de manifestations cliniques survenues après une vaccination ». De ces déclarations, 69 événements ont été retenus et les informations ont été transmises au fichier provincial de surveillance. Une hausse des déclarations par rapport à l'an dernier (36 en 2008) est attribuable en majeure partie à

la campagne de vaccination massive contre la grippe A(H1N1). La majorité des manifestations présentées était bénigne et s'est résolue progressivement. Toutes les personnes se sont rétablies sans séquelles. Rappelons que les manifestations cliniques inhabituelles sont à déclaration obligatoire par les médecins et les vaccinateurs (infirmières).

5.3 PRÉVENTION ET CONTRÔLE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION

Axe	**Santé publique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur	**Résultat 2008-2009**	**Cible 2009-2010**	**Résultat 2009-2010**
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 80 % (4/5)	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 100 % (5/5)	CHSGS 100 % (2/2) CSSS 100 % (5/5)

Commentaires

La deuxième phase de consolidation des postes d'infirmières en prévention et contrôle des infections (PCI) dans les CSSS de la région a été complétée en 2009 avec le rehaussement du poste au CSSS de la Haute-Côte-Nord. L'attribution de seuils minimaux globaux permet une couverture adéquate de toutes les missions de l'établissement et assure une organisation de services optimale. À noter que les ratios ainsi rehaussés dépassent les recommandations émises par le comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) et la Table nationale de prévention des infections nosocomiales (TNPIN).

PROGRESSION DU REHAUSSEMENT DES POSTES D'INFIRMIÈRES EN PCI (ETC) DANS LES CSSS DE LA CÔTE-NORD

Établissement	**Ratio avant 2007**	**Phase 1[4] (2007-2008)**	**Phase 2[5] (2008-2009)**	**Ratio 2009-2010**
CSSS de la Haute-Côte-Nord	0,2	0,2	0,2	0,6
CSSS de Manicouagan	1,0	2,0	2,0	2,0
CSSS de Port-Cartier	0,1	0,1	0,3	0,3
CSSS de Sept-Îles	1,0	2,0	2,0	2,0
CSSS de la Minganie	0,2	0,2	0,6	0,6
CSSS de la Basse-Côte-Nord	0,2	0,2	0,6	0,6
CSSS de l'Hématite	0,1	0,1	0,2	0,2
Total	**2,8**	**4,8**	**5,9**	**6,3**

La mobilisation du réseau nord-côtier pendant la pandémie a permis de réaliser des acquis majeurs en prévention des infections dans les établissements (consolidation de l'étiquette respiratoire, renforcement des pratiques de base et des précautions additionnelles, actualisation du programme de protection respiratoire). Cette période a nécessité une implication soutenue des membres de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) dans leur établissement respectif.

Objectifs de résultats 2005-2010	Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

Indicateur	**Résultat 2008-2009**	**Cible 2009-2010**	**Résultat 2009-2010**
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	Nouveau	100 % (2/2)	CHSGS 50 % (1/2) CSSS 0 % (0/4)
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	Nouveau	100 % (2/2)	CHSGS 50 % (1/2) CSSS 0 % (0/4)

4. Établissements visés par la phase 1 : Manicouagan et Sept-Îles.
5. Établissements visés par la phase 2 : Haute-Côte-Nord, Port-Cartier, Minganie, Basse-Côte-Nord, Hématite. Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a rehaussé le poste après le 31 mars 2009.

Commentaires

Au cours de l'année 2009-2010, la Direction de santé publique a suivi et soutenu l'élaboration des programmes locaux de PCI et la mise sur pied des comités de prévention des infections dans les CSSS de la région. Or, les activités entourant la pandémie ont retardé ces processus dans la majorité des CSSS. Préoccupée par la situation, la TRPIN a recommandé aux directeurs généraux de prioriser ces deux activités au cours des prochains mois. La Direction de santé publique en surveille l'évolution à l'aide du « Plan d'action en PCI 2008-2011 », avec la collaboration de la TRPIN.

Comité de prévention des infections
Un comité de prévention des infections est fonctionnel dans un seul CHSGS. Un comité est formé, mais non fonctionnel dans deux CSSS, et des démarches sont amorcées dans deux autres établissements. Le CSSS de Port-Cartier ne possède aucun lit de soins aigus et n'est pas visé par cet indicateur. Un suivi est néanmoins assuré par la Direction de santé publique dans le cadre du Plan d'action en PCI 2008-2011 et permet de confirmer qu'un comité de prévention des infections fonctionnel est en place dans cet établissement.

Programme de prévention des infections
À la fin de l'année financière, un seul CHSGS possède un programme de PCI structuré et adopté par le conseil d'administration. Des travaux de rédaction ou de révision finale sont en cours dans les quatre autres établissements. Le partage d'outils par les membres de la TRPIN, le soutien ponctuel de la ressource régionale et des conférences téléphoniques de suivi faciliteront la bonne évolution du dossier. Le CSSS de Port-Cartier ne possède aucun lit de soins aigus et n'est pas visé par cet indicateur. Un suivi est néanmoins assuré par la Direction de santé publique dans le cadre du Plan d'action en PCI 2008-2011 et permet de confirmer qu'un programme de PCI est en élaboration dans cet établissement.

Lors de la seule réunion tenue au cours de l'année, la TRPIN a entre autres :

- ⇨ Recommandé la mise sur pied d'un comité de prévention des infections fonctionnel;
- ⇨ Recommandé l'élaboration d'un programme de PCI d'ici décembre 2010;
- ⇨ Demandé au CSSS de la Haute-Côte-Nord et au CSSS de Port-Cartier de finaliser les travaux d'installation de la chambre d'isolement respiratoire d'ici septembre 2010;
- ⇨ Soulevé certaines préoccupations concernant les difficultés d'accessibilité aux formations spécialisées en PCI pour les infirmières de la Côte-Nord (préoccupations à soumettre aux instances concernées);
- ⇨ Transmis au MSSS ses préoccupations quant aux conditions de travail de l'infirmière en PCI (statut).

Au cours des prochains mois, l'Agence, en collaboration avec la TRPIN, se concentrera sur le suivi de l'implantation du « Plan d'action en PCI 2008-2011 ».

5.4 FORMATION

Une formation intitulée « L'intervention de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang : La contribution de l'infirmière dans la lutte aux ITSS » a eu lieu à Sept-Îles au printemps 2009. Cette activité a rejoint 26 participants (infirmières, pharmaciens, intervenants communautaires) provenant de tous les CSSS, des communautés autochtones et de l'organisme Actions Sida Côte-Nord.

5.5 BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours de l'année, le Service des maladies infectieuses a produit et publié deux bulletins « Contamine-Action » destinés particulièrement aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

6. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Les activités de surveillance et d'évaluation réfèrent, d'une part, à la production et à la diffusion d'études et d'évaluations en santé publique et, d'autre part, à une assistance conseil tant à l'interne qu'auprès du réseau de la santé et des services sociaux.

Parmi les principales réalisations de l'année, mentionnons :

⇨ Diffusion de deux numéros du bulletin régional « La santé recherchée » :
- L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2007 : « Autres faits saillants pour la région nord-côtière » (septembre 2009);
- Numéro spécial comprenant deux articles rédigés par des auteurs externes en lien avec le développement régional et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (janvier 2010).

⇨ Production d'un recueil de données comprenant plus d'une centaine de tableaux réalisés à partir des données du recensement de 2006 de Statistique Canada. Ce document intitulé « Données sociodémographiques et socioéconomiques du recensement de 2006 » a été diffusé en février 2010 à l'intention exclusive des établissements du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux, et ce, en vertu de la licence octroyée par Statistique Canada.

⇨ Rédaction et diffusion de cinq numéros du bulletin « La Grippe en chiffres » dans le cadre de la pandémie de grippe A(H1N1).

⇨ Démarrage des travaux devant conduire à la réalisation de la quatrième enquête de santé régionale : « Enquête Santé Côte-Nord » au cours de l'année financière 2010-2011.

⇨ Rédaction d'un avis sur les aspects quantitatifs et statistiques au regard de la faisabilité de l'implantation régionale et locale d'un dispositif de connaissance de développement des communautés dans le cadre des travaux d'un comité de travail sur le sujet.

⇨ Mise à jour de plusieurs fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière (naissances, décès, Med-Écho (admissions hospitalières), tumeurs, mortinaissances).

⇨ Mise à jour de diverses informations démographiques et sociosanitaires en vue de produire un portrait régional de santé et de bien-être de la population nord-côtière et, pour certains indicateurs, de la population des territoires de réseaux locaux de services de santé.

⇨ Gestion régionale du Programme de subventions en santé publique (PSSP) permettant le financement d'études et d'analyses en santé publique.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

1. PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Personnel du réseau et du Ministère**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateur		Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,14 %	7,37 %	7,78 %
3.2	Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	12,5 %	100 %	25 %
3.3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	62,5 %	100 %	25 %
3.4	Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	Nouveau	Nouveau	52,24 %

Commentaires

3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

Cible régionale non atteinte en P-12 (données P-13 indisponibles dans Gestred), mais écart négatif très mince considérant la cible de 7,37 % face au résultat global de 7,78 %. Selon les résultats de P-13 transmis par les établissements à ce jour (six), la même tendance devrait se poursuivre en P-13 et la cible régionale pourrait même être atteinte. Considérant que la cible 2009-2010 pour l'ensemble du Québec est fixée à 5,74 %, alors que la cible de la Côte-Nord pour la même année est de 7,37 % (cible la plus élevée par rapport aux autres régions sociosanitaires), les cibles pour cet indicateur devraient être revues à la baisse pour l'ensemble des établissements sur notre territoire, en particulier pour le CSSS de Port-Cartier possédant une cible de 11,38 %, le CSSS de Manicouagan avec 8,3 %, le CSSS de la Minganie avec 8,16 %, le CPRCN avec 7,52 % et le CSSS de la Haute-Côte-Nord avec 7,45 %. Tous ces établissements devraient avoir une cible en dessous de 7,37 % ou égale à la cible qui sera fixée pour la Côte-Nord en 2010-2011.

Six établissements sur neuf atteignent leur cible, soit le CPRCN, le CLSC Naskapi, le CSSS de l'Hématite, le CSSS de Manicouagan, le CSSS de Port-Cartier et le CSSS de la Minganie. Il faut cependant noter que les cibles fixées pour certains de ces établissements sont très élevées comparativement aux autres CSSS sur le territoire, donc plus faciles à atteindre.

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord obtient un écart défavorable de -2,31 %, avec une cible de 5,82 %. Le CSSS de Sept-Îles obtient un écart négatif de -1,7 %, alors que sa cible est fixée à 6,23 %, comparativement au CSSS de Manicouagan, établissement comparable, qui lui a une cible de 8,3 %. Le CSSS de la Haute-Côte-Nord quant à lui affiche un écart défavorable de -0,81 %, avec une cible de 7,45 %.

3.2 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps additionnel du personnel infirmier

Seulement deux établissements sur huit (CPRCN exclu) ont atteint leur cible, soit les CSSS de la Minganie et de la Basse-Côte-Nord.

Considérant un écart négatif de -26,71 % entre la cible (2,83 %) et le résultat (29,54 %) pour le CLSC Naskapi, un effort considérable devra être apporté par cet établissement en lien avec la gestion des heures supplémentaires.

En ce qui concerne les cinq autres établissements, les écarts défavorables se situent au mieux à -1,91 % pour le CSSS de Sept-Îles et au plus défavorable à -6,25 % pour le CSSS de Port-Cartier.

Nous pouvons donc conclure que ces établissements sont en difficulté puisque les heures régulières effectuées par l'effectif ne suffisent pas à la demande.

3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier

Seulement deux établissements sur huit (CPRCN exclu) ont atteint leur cible, soit le CSSS de Sept-Îles n'ayant eu recours à AUCUNE main-d'œuvre indépendante et le CSSS de l'Hématite avec un écart favorable de +0,97 %.

Aucune entrée de données dans Gestred n'a été effectuée par le CLSC Naskapi pour cet indicateur, alors que l'établissement a eu recours à de la main-d'œuvre indépendante en cours d'année. Par conséquent, le résultat obtenu régionalement dans Gestred de 28,57 % est inexact, considérant qu'il n'y a pas trois établissements qui ont atteint leur cible, mais seulement deux.

Commentaires (suite)
Pour les cinq autres établissements n'ayant pas atteint leur cible, les écarts se situent entre -1,1 % au CSSS de Manicouagan et -9,33 % au CSSS de la Basse-Côte-Nord.
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières
Pour l'année financière 2009-2010, aucune cible n'a été fixée pour cet indicateur. Pour l'année 2010-2011, 60 % des postes d'infirmières devraient être des postes à temps complet régulier au 31 mars 2011. Au regard des résultats atteints par les établissements cette année, l'atteinte de cette cible régionale en 2010-2011 ne devrait pas être problématique, la région possédant déjà un pourcentage de 52,24 % en 2009-2010.
Présentement, les établissements suivants ont déjà atteint leur cible pour l'année financière 2010-2011 : le CSSS de Port-Cartier, le CSSS de Sept-Îles et le CSSS de la Basse-Côte-Nord. Les CSSS de la Haute-Côte-Nord et de la Minganie se situent dans les 50 % pour l'année en cours. Par contre, le CSSS de Manicouagan, possédant présentement 38,21 % de ses postes en personnel infirmier à temps complet régulier, devra améliorer son pourcentage de 21,79 % en 2009-2010.
Les établissements suivants ne sont pas concernés par cet indicateur, n'ayant pas 20 infirmières en équivalent temps complet en date du 31 mars 2008 : le CPRCN, le CSSS de l'Hématite et le CLSC Naskapi.
Les indicateurs de gestion ne sont pas systématiquement inscrits pour toutes les périodes financières. Un suivi plus systématique devra être fait au cours de la prochaine année.

2. MESURES DE CONTRÔLE

En décembre 2002, le MSSS lançait ses orientations ministérielles et un plan d'action relatifs à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques. Les établissements ont alors élaboré leur protocole d'utilisation des mesures de contrôle mettant en application les principes préconisés par les orientations. Également, un programme de formation ayant pour objectif de diminuer et de mieux encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de contention a été élaboré à l'intention des employés œuvrant auprès des clientèles en CHSLD, en centre hospitalier de soins psychiatriques, en centre hospitalier de soins de courte durée et des personnes hébergées ayant une déficience intellectuelle. Le MSSS finalise présentement un programme de formation d'agents multiplicateurs pour sensibiliser les intervenants du maintien à domicile à être vigilants sur l'utilisation des mesures de contrôle par les proches aidants. Le plan de déploiement doit rejoindre, d'ici 2010, les médecins concernés et au moins 66 % du personnel ayant un rôle à jouer dans l'application des mesures de contrôle (infirmières, infirmières auxiliaires). Actuellement, les clientèles visées ont été rejointes dans des proportions variant entre 20 et 75 %. Le MSSS est en pourparlers avec la Fédération des médecins omnipraticiens pour identifier des mesures incitant les médecins à suivre cette formation.

3. QUALITÉ DES SERVICES ET TRAITEMENT DES PLAINTES

3.1 QUALITÉ DES SERVICES

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Tous les établissements de la Côte-Nord, sauf le CLSC Naskapi, complètent les formulaires visant à déclarer tout événement ou situation non souhaité, redouté ou indésirable qui a causé, ou aurait pu causer, des dommages à la santé des usagers ou de tiers. Les données enregistrées servent à alimenter le registre national.

Les gestionnaires de risques de la région se sont rencontrés en 2010 pour échanger sur les sujets qui les préoccupent et ont manifesté le désir qu'une table régionale qualité soit formée pour les accompagner et les soutenir dans ce type de dossier.

L'Agence a analysé les rapports de gestion des établissements en 2009-2010 et on constate que les thèmes relatifs à la qualité y occupent une place de plus en plus importante.

AGRÉMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe compétente qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services. En participant au programme d'agrément, un organisme démontre clairement sa volonté d'offrir des soins et des services de qualité ainsi que son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

Tous les établissements de la Côte-Nord ont reçu la visite d'un organisme d'agrément à l'exception du CLSC Naskapi. Quatre établissements ont réussi la démarche, soit les CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles, de l'Hématite et le CPRCN. Les autres doivent mener des travaux supplémentaires pour y parvenir.

L'Agence demeure positive quant aux résultats obtenus considérant qu'il s'agit, pour la plupart des établissements, d'une première participation à ce mécanisme d'évaluation externe. Les établissements demeurent mobilisés pour atteindre l'objectif ultime d'améliorer la qualité des services et d'acquérir cette reconnaissance.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'enquête et fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2009-2010, nous avons entrepris les démarches suivantes :

- ⇨ À la suite du rapport d'investigation du coroner Jean-François Dorval relativement à un décès survenu en mars 2008 à Rimouski, l'Agence de la Côte-Nord, comme toutes les agences du Québec, a été invitée à sensibiliser les responsables de résidences pour personnes âgées sur la dysphagie et les risques de décès qui y sont associés. Après une consultation auprès des deux centres hospitaliers de notre territoire, une lettre, un bulletin d'information et une affiche de la Croix-Rouge relative aux manœuvres en cas d'étouffement ont été envoyés à toutes les maisons d'hébergement ainsi qu'aux CHSLD.
- ⇨ Pour répondre à la recommandation du coroner Jacques Robinson concernant les décès de deux bébés en février 2008 dans la région de Montréal, l'Agence a sensibilisé les établissements

afin de s'assurer que les intervenants informent les parents sur les risques d'utilisation du siège d'auto pour le sommeil des bébés et ceux entourant le partage du lit avec un enfant en bas âge.

PRIX D'EXCELLENCE

Les prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont une tradition depuis plus de 25 ans. Le MSSS veut ainsi remercier de façon spéciale les personnes dont les réalisations améliorent de façon significative les services et les soins offerts à la population québécoise. Deux candidatures ont été transmises au jury national, soit celle soumise par la Maison du Collectif de Sept-Îles pour la santé des femmes qui présentait le projet « Maison du collectif » et celle du Répit Richelieu pour sa mission globale. Malgré le fait qu'ils n'ont pas été récipiendaires, les deux organismes méritent notre reconnaissance pour le dynamisme et le dévouement dont ils font preuve envers la communauté.

3.2 TRAITEMENT DES PLAINTES

Le régime d'examen des plaintes se veut un des outils pour améliorer la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers.

Pour l'année 2009-2010, 183 plaintes ont été acheminées aux commissaires aux plaintes et à la qualité des services (local et régional) et 44 plaintes ont été adressées aux médecins examinateurs.

Après analyse, les commissaires ont rejeté quatre plaintes sur examen sommaire et 45 plaintes se sont avérées non fondées ou ont été abandonnées. Au 31 mars 2010, 19 plaintes étaient toujours en voie de traitement.

BILAN GLOBAL DES DOSSIERS DE PLAINTES TRAITÉES PAR LES COMMISSAIRES		
Établissement	Reçue durant l'exercice 2009-2010	En voie de traitement au 31 mars 2010
CSSS de la Haute-Côte-Nord	20	6
CSSS de Manicouagan	53	2
CSSS de Port-Cartier	10	
CSSS de Sept-Îles	42	3
CSSS de la Minganie	15	5
CSSS de la Basse-Côte-Nord	7	
CSSS de l'Hématite	14	
CPRCN	16	1
Agence	6	2
TOTAL	**183**	**19**

Une plainte d'un usager peut contenir un ou plusieurs motifs d'insatisfaction. Les 183 plaintes reçues par les commissaires soulevaient 203 motifs de plaintes. L'accessibilité et la continuité des services constituent le taux le plus élevé d'insatisfaction (29,5 %). Les services et soins dispensés représentent 36,4 % des motifs de plainte, tout comme les aspects financiers. Enfin, les

insatisfactions reliées aux relations interpersonnelles ont été soulevées dans 14,7 % des plaintes et l'organisation du milieu dans 12,8 %.

Le rapport annuel sur l'application de la procédure de traitement des plaintes de la région Côte-Nord permet aux usagers de prendre connaissance des activités des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement.

4. RÉALITÉS MASCULINES

En 2009-2010, les travaux de la Table nord-côtière de concertation sur les réalités masculines ont notamment porté sur l'organisation d'un troisième colloque régional ayant pour thème « De la détresse... à la résilience ». Cet événement a permis aux 160 participants de bénéficier de la présence d'un conférencier de renommée internationale, monsieur Boris Cyrulnik. Outre la résilience, la rupture amoureuse et la dépression ont été des thèmes abordés dans une optique spécifique au genre masculin.

De plus, les membres de la Table ont travaillé à l'élaboration d'un plan de formation.

5. ACCÈS AUX SERVICES EN LANGUE ANGLAISE

L'Agence doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région. Dans l'optique d'une révision en profondeur en 2010, l'Agence en a évalué l'an dernier son implantation.

Un projet régional intitulé « Vaincre la barrière de la langue pour offrir des services de qualité à tous » a été mis en œuvre afin d'améliorer l'offre de service en langue anglaise pour les établissements desservant une clientèle anglophone. Une somme de 275 000 $ a été octroyée à la région sur une période de trois ans et comprend notamment l'embauche d'une ou de ressources au CSSS de Sept-Îles afin d'agir comme interprète à l'échelle régionale et soutenir la relation client dans cet établissement. Ce projet permettra d'améliorer les services en langue anglaise au sein des établissements qui desservent régulièrement une clientèle anglophone, soit les CSSS de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord et le CPRCN. Le projet prévoit aussi la traduction de nombreux documents en anglais pour tous les CSSS qui desservent une clientèle anglophone.

Un autre projet a vu le jour dans le cadre de l'Entente Canada-Québec et permet d'assurer une réponse de qualité de même qu'un filet de sécurité sur la ligne téléphonique Info-Social auprès des appelants anglophones de la région.

CHAPITRE III

Les informations financières

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1. ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. La cible budgétaire déficitaire pour la Côte-Nord reste la même cette année que lors de l'exercice financier 2008-2009, soit 851 998 $.

Deux établissements seulement sont visés par une cible déficitaire spécifique en fonction de situations particulières reconnues antérieurement. Il s'agit du CSSS de la Minganie et du CLSC Naskapi. Les autres établissements ont l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire.

Cinq établissements de la région n'ont pas été en mesure de respecter l'objectif d'équilibre ou de respect de la cible déficitaire pour l'exercice financier 2009-2010.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chaque établissement.

	2009-2010			2008-2009		
	REVENU TOTAL ($)	CIBLE DÉFICITAIRE AUTORISÉE ($)	RÉSULTAT ($)	REVENU TOTAL ($)	CIBLE DÉFICITAIRE AUTORISÉE ($)	RÉSULTAT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	19 558 116		(12 314)	18 744 970		(202 595)
CSSS de Manicouagan	72 413 101		(368 183)	70 603 013		(256 443)
CSSS de Port-Cartier	13 607 556		236 953	12 674 894		138 713
CSSS de Sept-Îles	69 869 130		96 692	67 905 040		(194 681)
CSSS de la Minganie	21 239 073	(358 000)	(688 667)	20 544 264	(358 000)	(729 432)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	28 638 642		(322 096)	29 814 381		2 387
CSSS de l'Hématite	8 185 821		(85 473)	8 609 707		(40 724)
CLSC Naskapi	4 455 383	(253 998)	(77 087)	4 334 661	(253 998)	(253 997)
CPRCN	49 087 824		60 488	45 975 663	(240 000)	(239 051)
TOTAL	**287 054 646**	**(611 998)**	**(1 159 687)**	**279 206 593**	**(851 998)**	**(1 775 823)**
Cible non distribuée		**(240 000)**				
Cible totale autorisée par le MSSS		**(851 998)**			**(851 998)**	

2. GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

SERVICES CONVENUS À L'ENTENTE DE GESTION	
Axe	**Prévention et contrôle - infections nosocomiales**
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur		Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
2.2.2 Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	19,0	100	40
	Catégorisation	4,8	100	10
	Accord responsable	19,0	100	20
	Accord au c/a	4,8	100	5
	Application	41,7	100	25

Commentaires

À ce jour, une formation régionale a été donnée à l'ensemble des établissements par un expert régional afin d'informer les établissements des lignes directrices en hygiène et salubrité et des objectifs du MSSS. Cette formation avait pour but d'enseigner les nouvelles techniques de travail (ex. : fréquence de changement de l'eau, fréquence de changement des gants, etc.), exigeant l'utilisation accrue de fournitures (ex. : microfibre, produits désinfectants évolués, etc.). De plus, l'impact financier de la mise en place de ces techniques a été évalué et identifié par les établissements.

L'Agence a aussi financé les établissements n'ayant pas de logiciel spécifique en hygiène et salubrité. Or, l'ensemble des établissements de la région a maintenant le Logiciel Propre pour les assister dans leurs responsabilités afin de rencontrer les cibles.

De plus, six publications ont été rendues disponibles par le MSSS, soit :

- ⇨ Lignes directrices en hygiène et salubrité;
- ⇨ Désinfectants et désinfection en hygiène et salubrité;
- ⇨ Mesure d'hygiène et salubrité au regard du *Clostridium difficile*;
- ⇨ Principes généraux d'aménagement en hygiène et salubrité;
- ⇨ Technique et équipement de travail en hygiène et salubrité;
- ⇨ Les zones grises.

Conséquemment, étant donné que les établissements ont tous les éléments nécessaires pour atteindre les objectifs et les cibles, une discussion aura lieu à un prochain comité de gestion réseau (CGR) - Côte-Nord afin d'exposer les enjeux techniques et financiers et ainsi s'entendre avec eux pour des ententes fermes afin d'atteindre les cibles en 2010-2011.

3. FONDS RÉGIONAUX

3.1 IMMOBILISATIONS

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets.

MAINTIEN D'ACTIFS

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes.

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 8 016 441 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2009-2010 :

ÉTABLISSEMENT	MONTANT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	629 955
CSSS de Manicouagan	1 659 774
CSSS de Port-Cartier	178 108
CSSS de Sept-Îles	1 512 359
CSSS de la Minganie	640 678
CSSS de l'Hématite	342 570
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 640 897
CLSC Naskapi	42 200
CPRCN	374 659
Agence	193 597
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	801 644
TOTAL	**8 016 441**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale 2009-2010 établie à 10 % de l'enveloppe ou des soldes des exercices antérieurs :

ÉTABLISSEMENT	PROJET	MONTANT ($)
CSSS de Manicouagan	Travaux au Centre d'hébergement Boisvert	125 000
CSSS de Port-Cartier	Mise aux normes de la pharmacie	250 000
CSSS de Sept-Îles	Infiltration d'eau à la résidence Gustave-Gauvreau - dépassement de coût	28 311
	Escalier de la maternité/pressurisation d'un ascenseur - mise aux normes	150 000
	Mise aux normes du système de ventilation au CLSC	392 625
CSSS de l'Hématite	Mise aux normes du dispensaire de Schefferville	250 000
TOTAL		**1 195 936**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins et la diminution des infections nosocomiales.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 2 914 322 $ a été réparti comme suit pour l'exercice financier 2009-2010 :

ÉTABLISSEMENT	MONTANT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	118 659
CSSS de Manicouagan	290 229
CSSS de Port-Cartier	41 403
CSSS de Sept-Îles	312 033
CSSS de la Minganie	133 194
CSSS de l'Hématite	79 634
CSSS de la Basse-Côte-Nord	340 100
CLSC Naskapi	9 811
CPRCN	87 094
Agence	45 004
Frais de gestion	75 000
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour priorités régionales)	1 382 161
TOTAL	**2 914 322**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale établie à 50 % de l'enveloppe :

ÉTABLISSEMENT	PROJET	MONTANT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	Chambre à pression négative à Forestville	90 000
CSSS de Manicouagan	Rénovation des locaux du Centre de jour « Vers l'Âge Senior »	41 000
CSSS de Sept-Îles	Chambre à pression négative - dépassement de coût	64 203
TOTAL		**195 203**

RÉNOVATION FONCTIONNELLE MINEURE EN CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé un montant de 300 000 $. En lien avec les recommandations effectuées à la suite des visites d'appréciation en CHSLD, l'Agence a priorisé les projets suivants :

- ⇨ Aménagement de salons;
- ⇨ Aménagement de salles à manger;
- ⇨ Installation de leviers sur rail au plafond;
- ⇨ Installation d'une civière-douche;
- ⇨ Installation de barres d'appui.

La répartition se détaille comme suit :

ÉTABLISSEMENT	MONTANT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	64 000
CSSS de Manicouagan	126 000
CSSS de Port-Cartier	25 000
CSSS de Sept-Îles	85 000
TOTAL	**300 000**

3.2 ÉQUIPEMENTS

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets.

ENVELOPPE DE MAINTIEN D'ACTIFS 2009-2010

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel pour permettre à l'établissement de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement ou au rehaussement du mobilier, de l'équipement non médical et de l'équipement médical.

Dans le cadre de son Plan de conservation en équipement et mobilier (PCEM), le MSSS alloue de façon récurrente, à l'Agence, une enveloppe pour le volet « équipement médical » et une enveloppe pour le volet « équipement non médical et mobilier », visant le maintien du parc de tous les établissements publics de notre région.

Le MSSS a ainsi confirmé, pour 2009-2010, des enveloppes de 3 362 043 $ pour l'équipement médical et de 932 739 $ pour l'équipement non médical et mobilier.

Conformément aux directives du MSSS, un minimum de 90 % des deux enveloppes doit être distribué aux établissements publics de la région, au prorata de la valeur de remplacement de leurs actifs. Par conséquent, comme il est permis, l'Agence a donc constitué, à même les soldes résiduels de ces deux enveloppes, deux réserves en vue de pourvoir à des problématiques particulières à cet égard.

Le financement disponible cette année pour constituer la réserve du volet « équipement médical » était de 353 899 $, tandis que celui pour la réserve du volet « équipement non médical et mobilier » était de 93 274 $.

Le tableau suivant rend compte de la répartition entre les établissements pour l'équipement médical.

ÉTABLISSEMENT	MONTANT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	328 433
CSSS de Manicouagan	841 150
CSSS de Port-Cartier	84 324
CSSS de Sept-Îles	811 772
CSSS de la Minganie	318 808
CSSS de l'Hématite	240 012
CSSS de la Basse-Côte-Nord	331 602
CLSC Naskapi	18 686
CPRCN	33 357
Établissements de la Côte-Nord (réserve)	353 899
TOTAL	**3 362 043**

Le tableau qui suit rend compte de la répartition entre les établissements pour l'équipement non médical et mobilier.

ÉTABLISSEMENT	MONTANT ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	61 873
CSSS de Manicouagan	214 923
CSSS de Port-Cartier	36 655
CSSS de Sept-Îles	208 677
CSSS de la Minganie	66 947
CSSS de l'Hématite	22 102
CSSS de la Basse-Côte-Nord	75 085
CLSC Naskapi	6 053
CPRCN	147 150
Établissements de la Côte-Nord (réserve)	93 274
TOTAL	**932 739**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale ou de la réserve ministérielle pour l'équipement médical :

ÉTABLISSEMENT	PROJET	MONTANT ($)
CSSS de Manicouagan	Tomographe axial	425 000
CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles	Système de dictée en radiologie dossier PACS	55 000
CSSS de Sept-Îles	Échocardiographe	100 000
	Moniteurs physiologiques à la salle de réveil	38 889
TOTAL		**618 889**

Aucune contribution de la réserve régionale n'a été effectuée pour l'équipement non médical et mobilier.

ENVELOPPE CONSOLIDATION DE SERVICE 2009-2010

Le financement en haute technologie du MSSS a été remplacé par un mode de financement défini dans le nouveau cadre de gestion. Pour la catégorie d'équipement sous la responsabilité de l'Agence, une enveloppe non récurrente pour la consolidation de service de 159 900 $ a été allouée.

Par définition, cette enveloppe vise l'ajout d'un appareil qui consolide, soutient ou stabilise une offre de service existante, tout en ayant un faible impact sur le budget de fonctionnement, d'entretien et d'immobilisations et dont les coûts récurrents sont assumés par les établissements. Cette enveloppe ne concerne pas le remplacement ni le rehaussement d'équipement.

Pour ce volet, l'Agence a consolidé le parc de respirateurs de l'ensemble des établissements de la région, notamment dans le cadre de la pandémie de grippe A(H1N1).

ÉTABLISSEMENT	PROJET	MONTANT ($)
CSSS de Manicouagan	Respirateur de soins intensifs	34 900
CSSS de Port-Cartier	Respirateur de transport	25 000
CSSS de Sept-Îles	Respirateur de transport	25 000
CSSS de la Basse-Côte-Nord	Respirateur de transport	25 000
CSSS de l'Hématite	Respirateurs de transport (2)	50 000
TOTAL		**159 900**

3.3 LOCATION D'ESPACE

Ce programme vise à permettre aux établissements non propriétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location. Une portion de l'enveloppe budgétaire sert aussi au financement du logement du personnel dans les villages éloignés et isolés en vertu de l'application des conventions collectives.

Pour répondre adéquatement aux besoins relatifs à la location d'espace de l'exercice financier 2009-2010, un budget de 3 499 701 $ est octroyé aux établissements et il se répartit comme suit :

ÉTABLISSEMENT	POINT DE SERVICE ET AUTRES ($)	LOGEMENT DE PERSONNEL ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	103 145	
CSSS de Manicouagan	17 970	
CSSS de Port-Cartier	27 052	
CSSS de Sept-Îles	2 889	
CSSS de la Minganie	143 131	153 194
CSSS de l'Hématite	15 708	491 732
CSSS de la Basse-Côte-Nord	100 868	938 288
CLSC Naskapi		208 418
CPRCN	1 268 015	29 291
TOTAL	**1 678 778**	**1 820 923**
GRAND TOTAL	**3 499 701**	

3.4 AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2010, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

CATÉGORIE D'EMPRUNT	NOMBRE D'AUTORISATIONS D'EMPRUNTS TEMPORAIRES EN VIGUEUR	MONTANT AUTORISÉ AU 31 MARS 2010 ($)	MONTANT RÉEL EMPRUNTÉ AU 31 MARS 2010 ($)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	4	18 100 000	13 244 893
Immobilisations - projets autofinancés (autorisé par l'Agence)	8	705 875	705 875
Immobilisations - projets autofinancés - économie d'énergie (autorisé par le MSSS)	3	4 797 769	4 688 232
TOTAL		**23 603 644**	**18 639 000**

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour les dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation est de 1 210 000 $ (ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie).

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

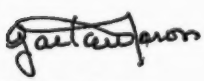
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Mallette, comptables agréés, a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion.

Le président-directeur général,



Gaétan Garon

LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR À L'ÉGARD DES COÛTS RELATIFS À LA PANDÉMIE DE GRIPPE A(H1N1)

MALLETTE

Mallette
Comptables agréés

229, boulevard Lasalle
Baie-Comeau (Québec) G4Z 1S7
Téléphone 418 296-9651
Télécopie 418 296-8454
Courriel info.bcomo@mallette.ca

Au ministère de la Santé et des Services sociaux

Comme spécifié à la circulaire 2010-001, nous avons appliqué les procédés suivants à l'égard des coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique, présentés à la page 402 du rapport financier annuel de l'exercice terminé le 31 mars 2010 :

Nous avons sélectionné 5 éléments à tester selon le calcul défini à la circulaire 2010-001;

Pour chacun des éléments sélectionnés, nous avons vérifié, à partir de la documentation probante fournie par l'Agence :

- l'existence d'un lien entre cet élément et les activités concernant la préparation et l'intervention relatives à la grippe A (H1N1) pandémique;
- que les coûts additionnels de cet élément constituent des coûts supplémentaires non capitalisables qui n'auraient pas été encourus, n'eût été la préparation et l'intervention relatives à la grippe A (H1N1) pandémique;
- que les coûts additionnels de cet élément s'ajoutent aux coûts normalement encourus par l'Agence dans le cadre de ses activités régulières;
- que les coûts additionnels de cet élément sont présentés dans les centres et sous-centres d'activités appropriés ou, le cas échéant, aux charges non réparties.

L'application des procédés mentionnés ci-dessus ne nous a permis de déceler aucun écart. Cependant, ces procédés ne constituent pas une vérification des coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique et par conséquent nous n'exprimons pas d'opinion sur les coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique de l'Agence pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

La présente lettre doit être utilisée uniquement à l'égard de la détermination des coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique de l'Agence.

Mallette[1]
Mallette
SENCRL
Comptables agréés

Baie-Comeau (Québec)
le 21 mai 2010

[1] CA auditeur permis No 9931

LE RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

MALLETTE

Telephone : 418 296-9651

Aux membres du Conseil d'administration
de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Les états financiers condensés ci-joints ont été établis à partir des états financiers complets de l'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD au 31 mars 2010 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard desquels nous avons exprimé une opinion sans réserve dans notre rapport du 21 mai 2010. La présentation d'un résumé fidèle des états financiers complets relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Notre responsabilité, en conformité avec la Note d'orientation numéro 25 concernant la certification publiée par l'Institut Canadien des Comptables Agréés, consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À notre avis, les états financiers condensés ci-joints, présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle des états financiers complets correspondants selon les critères décrits dans la note d'orientation susmentionnée.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises concernant les principes comptables généralement reconnus du Canada. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers condensés risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière et les résultats de l'Agence, le lecteur devra se reporter aux états financiers correspondants.

Mallette,

Mallette
SENCRL
Comptables agréés

Baie-Comeau (Québec)
le 12 août 2010

[1]CA auditeur permis n° 9931

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

1. RÉSULTATS

FONDS D'EXPLOITATION — **Exercice terminé le 31 mars 2010**

PRODUITS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS :					
▪ Budget signifié	01	5 971 524	5 552 177	72 000	72 000
▪ (Diminution) ou augmentation du financement	02	203 799	251 901		197 707
▪ Variation des revenus reportés - MSSS	03		18 570		
▪ Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04	(32 505)	7 038	(15 386)	(4 926)
Total (L. 01 à L.04)	05	6 142 818	5 829 686	56 614	264 781
Revenus de placements	06	8 049	26 614		
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources :					
▪ Recouvrements	08	119 846	59 655	5 433	
▪ Ventes de services	09				
▪ Subventions du gouvernement fédéral	10				
▪ Autres subventions	11			287 316	
▪ Autres revenus	12	331 125	285 994	185 867	150 608
TOTAL DES PRODUITS (L.05 à L.12)	13	6 601 838	6 201 949	535 230	415 389
CHARGES D'EXPLOITATION					
Salaires	14	3 305 883	3 186 987	122 504	264 909
Avantages sociaux	15	1 145 964	858 807	23 449	56 746
Charges sociales	16	446 981	413 194	14 894	28 693
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA	17	234 466	284 463	17 869	10 893
Services achetés	18	561 587	378 311	43 193	56 921
Communications	19	150 653	160 177	201	1 897
Loyer	20	340 796	348 197		
Location d'équipement	21	38 139	37 674		
Fournitures de bureau	22	55 657	56 749	166	256
Transfert à des établissements	23				
Autres frais	24	143 975	143 494	306 414	648
Charges non réparties	25	6 400	22 988		(4 802)
Transfert de frais généraux	26				
Charges extraordinaires	27			2 307	2 645
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION ET NON RÉPARTIES (L.14 à L.27)	28	6 430 501	5 891 041	530 997	418 806
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.13 - L.28)	29	171 337	310 908	4 233	(3 417)

À titre informatif seulement : Contributions					
En provenance de l'avoir-propre	30				
En provenance de fonds affectés	31		106 436		
En provenance du fonds des activités régionalisées	32	11 908	10 187		
En provenance du fonds de stationnement	33				
Affectées au fonds d'immobilisations	34	(43 423)	(277 981)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610)	35				
Affectées à d'autres fonds	36				
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29 à L.36)	37	139 822	149 550	4 233	(3 417)

RÉSULTATS

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2010

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 414 696	3 726 690
Variation des revenus reportés - Crédits régionaux	02	(528 112)	(1 796 889)
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances et congés de maladie	03	(15 090)	2 775
Contributions des établissements	04		
Revenus de placements	05	11 055	22 307
Revenus d'autres sources :			
▪ Recouvrements	06	261 741	
▪ Ventes de services	07		
▪ Subventions du gouvernement fédéral	08		
▪ Autres revenus	09	180 879	472 996
TOTAL DES PRODUITS (L.01 à L.09)	10	2 325 169	2 427 879
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	11	554 370	677 187
Avantages sociaux	12	119 795	126 707
Charges sociales	13	68 573	85 382
Frais de déplacement et d'inscription	14	72 090	115 591
Services achetés	15	619 400	1 002 598
Communications	16	13 319	8 794
Loyer	17		
Location d'équipement	18	2 693	2 573
Fournitures de bureau	19	42 890	42 565
Créances douteuses	20		
Autres charges	21	461 578	503 767
Transferts de frais généraux	22		
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION (L.11 à L.22)	23	1 954 708	2 565 164
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.23)	24	370 461	(137 285)

À titre informatif seulement : Contributions			
En provenance du fonds d'exploitation	25	25 715	25 715
En provenance du fonds des activités régionalisées	26	58 094	41 637
En provenance de fonds affectés	27	47 741	(10 009)
Affectées au fonds d'exploitation	28	(11 908)	
Affectées au fonds des activités régionalisées	29	(58 094)	
Affectées à des fonds affectés	30		(8 199)
Affectées au fonds d'immobilisations	31		
Autres transferts interfonds	32		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.24 à L.32)	33	432 009	(88 141)

SOLDE DE FONDS

FONDS D'EXPLOITATION — **Exercice terminé le 31 mars 2010**

		Reports 1	Activités principales 2	Avoir propre 3	Total (C.2 + C.3) 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		267 230	(23 493)	243 737
Additions (déductions)					
ACTIVITÉS PRINCIPALES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	171 337			
Transferts interfonds (provenance) :					
▪ Contributions en provenance de l'avoir propre	03				
▪ Contributions de fonds affectés	04				
▪ Contributions du fonds des activités régionalisées	05	11 908			
▪ Contributions du fonds de stationnement	06				
Transferts interfonds (affectations) :					
▪ Contributions au fonds d'immobilisations	07	(43 423)			
▪ Contributions à d'autres fonds	08				
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.02 à L.08)	09	139 822	139 822		139 822
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :					
Excédent (Déficit) de l'exercice	10			4 233	4 233
Transferts interfonds (provenance) :					
▪ Contributions en provenance de l'avoir propre	11				
▪ Contributions du fonds de stationnement	12				
Transferts interfonds (affectations) :					
▪ Contributions au fonds d'immobilisations	13				
▪ Contributions au fonds de stationnement (c/a 8610)	14				
▪ Contributions à d'autres fonds	15				
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds (L.10 à L.15)	16			4 233	4 233
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre	17				
Libération de surplus	18		(289 615)	289 615	
Récupération de surplus	19				
Autres additions (déductions)	20		11 823		11 823
Variation de l'exercice (L.09 + L.16 + L.17 à L.20)	21		(137 970)	293 848	155 878
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS	22				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.21 + L.22)	23		129 260	270 355	399 615

SOLDE DE FONDS

FONDS D'IMMOBILISATIONS ET FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2010

		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		632 492
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(43 423)	370 461
Transferts interfonds (provenance) :			
▪ Contributions du fonds d'exploitation	03	43 423	25 715
▪ Contributions des activités régionalisées	04		58 094
▪ Contributions de fonds affectés	05		47 741
Transferts interfonds (affectations) :			
▪ Contributions au fonds d'exploitation	06		(11 908)
▪ Contributions au fonds des activités régionalisées	07		(58 094)
▪ Contributions à des fonds affectés	08		
▪ Contributions au fonds d'immobilisations	09		
Autres transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11		230
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12		432 239
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14		1 064 731

BILAN

FONDS D'EXPLOITATION - FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2010

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
À court terme		1	2	3	4
Encaisse	01	661 110	938 603	2 525 781	2 296 165
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
▪ MSSS	03	60 000	92 314	854 975	491 555
▪ Établissements publics	04	50 982	2 620	7 332	4 933
▪ Fonds d'exploitation	05			7 893	64 534
▪ Fonds des activités régionalisées	06	41 733			
▪ Fonds affectés	07				
▪ Autres	08	229 478	215 446	165 944	39 380
Charges payées d'avance	09	45 266	44 747	4 432	23 282
Autres éléments	10	8 129	2 802		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	1 096 698	1 296 532	3 566 357	2 919 849
À long terme					
Subvention à recevoir - Provision pour vacances et congés de maladie	12	573 371	621 262	59 636	74 726
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 à L.13)	14	1 670 069	1 917 794	3 625 993	2 994 575
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15				
Emprunts temporaires	16				
Intérêts courus à payer	17				
Créditeurs et charges à payer :					
▪ MSSS	18				
▪ Établissements publics	19			17 550	84
▪ Fonds d'exploitation	20			42 639	
▪ Fonds des activités régionalisées	21	7 893	64 534		
▪ Fonds affectés	22				
▪ Salaires courus à payer	23	83 200	92 283	9 675	11 462
▪ Autres	24	440 886	694 415	132 137	129 087
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	25	54 168	54 169		
Autres revenus reportés	26	103 525	129 246	2 288 059	2 139 397
Provision pour vacances et congés de maladie	27	580 782	639 410	71 202	86 687
Autres éléments	28				
Total - Passif à court terme (L.15 à L.28)	29	1 270 454	1 674 057	2 561 262	2 366 717
Dettes à long terme	30				
TOTAL DU PASSIF (L.29 + L.30)	31	1 270 454	1 674 057	2 561 262	2 366 717
SOLDE DE FONDS	32	399 615	243 737	1 064 731	627 858
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.31 + L.32)	33	1 670 069	1 917 794	3 625 993	2 994 575

BILAN

FONDS D'IMMOBILISATIONS — **Exercice terminé le 31 mars 2010**

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	5 939 081	5 893 074
Débiteurs MSSS	04	99 304	158 099
Autres éléments	05	443 095	
À long terme			
Immobilisations	06	2 306 436	2 108 860
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - Écart de financement - Réforme comptable	07	25 134 155	26 553 486
Autres éléments d'actif	08	25 490	
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.08)	09	33 947 561	34 713 519
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	10	20 006	
Emprunts temporaires	11	8 439 414	7 187 045
Intérêts courus à payer :			
▪ Financement Québec	12	93 832	157 943
▪ Corporation d'hébergement du Québec	13	5 472	157
▪ Autres	14		
Autres éléments	15	8 129	37 493
À long terme			
Revenus reportés	16	400 000	
Dettes à long terme	17	24 980 708	27 330 881
TOTAL DU PASSIF (L.10 À L.17)	18	33 947 561	34 713 519
SOLDE DE FONDS	19		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.18 + L.19)	20	33 947 561	34 713 519

BILAN

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2010

ACTIF		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
À court terme			
Encaisse	01	2 238 770	1 793 402
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
▪ MSSS	03	35 104	
▪ MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	04		
▪ Établissements publics	05		
▪ Fonds d'exploitation	06		
▪ Fonds des activités régionalisées	07		
	08		
▪ Autres	09	163 240	41 387
Charges payées d'avance	10		
Autres éléments	11		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.11)	12	2 437 114	1 834 789
À long terme			
Subvention à recevoir - Provision pour vacances et congés de maladie	13	11 088	10 991
Placements à long terme	14		
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	2 448 202	1 845 780
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	16		
Emprunts temporaires	17		
Intérêts courus à payer	18		
Créditeurs et charges à payer :			
▪ Établissements publics	19	436 363	289 538
▪ Organismes	20	40 000	
▪ Fonds d'exploitation	21		
▪ Fonds des activités régionalisées	22		
	23		
▪ Salaires courus à payer	24	3 018	
▪ Autres	25	223 605	388 263
Revenus reportés - MSSS et crédits régionaux	26	4 250	
Autres revenus reportés	27		
Provision pour vacances et congés de maladie	28	14 358	10 991
Autres éléments	29		
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.29)	30	721 594	688 792
SOLDE DE FONDS	31	1 726 608	1 156 988
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.30 + L.31)	32	2 448 202	1 845 780

SOLDE DES FONDS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2010

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 167 905	2 010 516
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	477 503	(786 894)
Transferts interfonds (provenance) :			
▪ Contributions du fonds d'exploitation	03		
▪ Contributions des activités régionalisées	04		
▪ Contributions de fonds affectés	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
▪ Contributions au fonds d'exploitation	06		
▪ Contributions au fonds des activités régionalisées	07	(5 000)	
▪ Contributions à d'autres fonds affectés	08		
▪ Contributions au fonds d'immobilisations	09		(28 968)
Transferts interfonds	10	(42 741)	
Autres additions (déductions)	11	128 941	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	558 703	(815 862)
Réforme comptable - Autres redressements demandés par le MSSS	13		(37 666)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 726 608	1 156 988

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2009-2010

Exercice terminé le 31 mars 2010

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2009-2010 inscrit dans le système SBF-R	01	274 371 802
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	247 869 399
Allocations aux organismes communautaires	03	9 791 137
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	384 238
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R **(L.02 à L.04)**	05	258 044 774
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	13 594 517
Autres	07	2 400
TOTAL (L.05 à L.07)	08	271 641 691
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	2 730 111
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
▪ Comptes à payer signifiés	10	589 981
▪ Comptes à payer non signifiés	11	7 675
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
▪ Comptes à payer signifiés	12	1 658 537
▪ Comptes à payer non signifiés	13	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	2 256 193
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	473 918

Information additionnelle		
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	17	954 010
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne 17	18	929 010

RÉSULTATS

FONDS D'IMMOBILISATIONS

Exercice terminé le 31 mars 2010

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
MSSS :			
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	784 216	368 374
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 381 802	412 437
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition	04		
Amortissement des revenus reportés :			
▪ Contributions du gouvernement fédéral	05		
▪ Autres contributions et dons	06		
Autres revenus	07		
TOTAL DES PRODUITS (L.01 à L.07)	08	2 166 018	780 811
CHARGES			
Frais d'intérêts :			
▪ Corporation d'hébergement du Québec	09	437 425	12 226
▪ Financement Québec	10	954 060	407 587
▪ Société d'habitation du Québec	11		
▪ Autres	12	(4 679)	6 693
Frais de gestion autorisés :			
▪ Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	123 000	
▪ Services achetés	14		
▪ Autres charges d'exploitation	15		
Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	16	80 653	
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	17		
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	18	288 589	452 954
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	19	329 331	110 063
Perte sur disposition d'immobilisations	20		
Autres charges	21	1 062	
TOTAL DES CHARGES (L.09 à L.21)	22	2 209 441	989 523
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.22)	23	(43 423)	(208 712)

À titre informatif seulement : Contributions			
Contributions en provenance du :			
▪ Fonds d'exploitation - Activités principales	24	43 423	277 981
▪ Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	25		
▪ Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	26		
▪ Fonds des activités régionalisées	27		8 199
▪ De fonds affectés	28		28 968
▪ Fonds de stationnement	29		
Contributions affectées à d'autres fonds	30		(106 436)
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.23 à L.30)	31		

RÉSULTATS ET SOLDE DU FONDS

FONDS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Exercice terminé le 31 mars 2010

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
MSSS	01	11 544 673	9 255 291
Crédits régionaux	02		
Variation revenus reportés MSSS et crédits régionaux	03		
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances et congés de maladie	04	97	
Revenus autonomes	05	1 545 438	1 572 908
Revenus de placements	06	3 266	22 571
Autres revenus :			
▪ Subvention du gouvernement fédéral	07		
▪ Autres subventions	08		
▪ Autres	09	34 973	1 665
TOTAL DES PRODUITS (L.01 à L.09)	10	13 128 447	10 852 435
CHARGES			
Contrats minimaux de services d'ambulance	11	11 367 093	9 971 900
Particularités régionales	12	126 991	190 789
Éléments rectifiables	13	192 586	163 116
Centre de communication santé	14		
Formation	15	7 579	45 000
Assurance qualité	16	155 952	129 917
Allocation de retraite	17	35 974	51 000
Médicaments	18	5 553	4 933
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	19		
Attribution à des organismes	20		
Ajustements des années antérieures	21	33	16 091
Premiers répondants	22	934 778	630 692
Déplacement des usagers	23		
Charges d'exploitation :			
▪ Salaires	24	14 750	70 805
▪ Avantages sociaux	25	50 152	9 307
▪ Charges sociales	26	7 901	8 700
▪ Frais de déplacement et d'inscription	27		
▪ Services achetés	28	9 191	
▪ Location d'équipement	29		
▪ Fournitures de bureau	30		
▪ Autres charges d'exploitation	31		
Autres charges	32		126 669
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.32)	33	12 908 533	11 418 919
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.33)	34	219 914	(566 484)

SOLDE DU FONDS			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	35	200 063	793 387
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	36	219 914	(566 484)
Contributions au fonds d'immobilisations	37		(26 840)
Autres transferts interfonds	38		
Autres additions (déductions)	39	128 941	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.35 à L.39)	40	548 918	200 063

2. NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010

NOTE 1 - CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables du Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés applicables au secteur public.

Les principales conventions comptables sont décrites ci-après. Les principes comptables utilisés aux fins de l'établissement de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes sans but lucratif sont les suivantes :

- ⇨ Les instruments financiers ne sont pas classifiés et aucune information n'est présentée.
- ⇨ Les frais d'émission, les primes et les escomptes sont présentés comme postes distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette.
- ⇨ Les organismes sous contrôle de l'Agence ne sont pas consolidés.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

- ⇨ Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

- ⇨ Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs.
- ⇨ Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation.
- ⇨ Les fonds affectés : fonds constitués de subventions provenant principalement du MSSS. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile.

CATÉGORIE	DURÉE (AVANT LE 1er AVRIL 2008)	DURÉE (APRÈS LE 1er AVRIL 2009)
Améliorations locatives	10 ans	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans	5 ans
Équipement informatique	3 ans	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans	Non applicable
Mobilier et équipement de bureau	5 ans	5 ans
Équipement de communication multimédia	Non applicable	5 ans
Autres équipements : autre mobilier, équipement médical et de transport	Non applicable	12 ans, 15 ans

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- ⇨ Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
- ⇨ Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- ⇨ Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du MSSS comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
- ⇨ Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
- ⇨ Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- ⇨ Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

Revenu d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 3 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée d'un montant maximal de 30 000 000 $ (2009 : 30 000 000 $) auprès de Financement Québec, au taux d'acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,3 %. Au 31 mars 2010, le solde utilisé est de 1 604 037 $.

De plus, l'Agence dispose d'une facilité de crédit au montant de 14 487 000 $ auprès d'une institution financière au taux variant entre le taux préférentiel diminué de 1,15 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,28 %, garanti par le MSSS, dont 6 835 377 $ sont utilisés en date du 31 mars 2010.

La convention de crédit a été renégociée en date du 1er avril 2010.

NOTE 4 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel. Au 1er janvier 2010, le taux de cotisation pour le RREGOP est demeuré à 8,19 % de la masse salariale cotisable et celui du RRPE à 10,54 %. Le taux de cotisation du RRF est demeuré à 7,25 %.

NOTE 5 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 mars 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2010 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 143 799 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2011	166 500 $
2012	166 500 $
2013	166 500 $
2014	166 500 $
2015 et subséquentes	166 500 $
	832 500 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Côte-Nord. Compte tenu que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2011	970 093 $
2012	852 593 $
2013	765 093 $
2014	590 093 $
2015	590 093 $

NOTE 6 - ÉVENTUALITÉ

L'Agence et le CSSS de la Basse-Côte-Nord ont reçu des réclamations de la part de quatre médecins et un dentiste, leur reprochant d'avoir causé la fin de leurs contrats d'emploi. Les réclamations à ce jour totalisent 2 755 000 $ pour quatre d'entre eux. À la date de préparation des états financiers, la direction de l'Agence n'est pas en mesure d'évaluer l'issue de ces réclamations ni les impacts financiers pouvant en découler, le cas échéant.

NOTE 7 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que

dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 8 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. (l'organisme). L'organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes œuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec, et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2010 et 2009 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

Situation financière	**2010** ($)	**2009** ($)
Actif à court terme	1 460 651	1 141 574
Actif à long terme	12 786 269	11 765 363
	14 246 920	12 906 937
Passif à court terme	994 487	969 073
Passif à long terme	9 050 549	8 221 117
	10 045 036	9 190 190
Actifs nets	4 201 884	3 716 747
	14 246 920	12 906 937

Résultats des activités	**2010** ($)	**2009** ($)
Produits provenant des établissements	2 629 239	2 407 849
Autres produits	164 663	151 001
	2 793 902	2 558 850
Total des charges d'opération	2 333 497	2 333 698
Excédent des produits sur les charges	460 405	225 152

Évolution des actifs nets	**2010** ($)	**2009** ($)
Solde de début	3 716 747	3 474 495
Redressement	14 000	
Solde redressé	3 730 747	3 474 495
Excédent des produits sur les charges	460 405	225 152
Produits d'intérêts	10 732	800
Autres		30 300
	4 201 884	3 730 747

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeur aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 708 374 $ (2009 : 542 459 $).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif. Celles-ci comportent les divergences suivantes avec celles utilisées par l'Agence :

Constatation des produits

L'organisme applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Les apports affectés sont constatés à titre de produits de l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que sa réception est raisonnablement assurée. Les apports reçus à titre de dotations sont constatés à titre d'augmentations directes des actifs nets.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles acquises sont comptabilisées au coût. Les apports reçus sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à la juste valeur à la date de l'apport. Les immobilisations corporelles sont amorties selon la méthode de l'amortissement linéaire sur les durées de vie utiles estimatives suivantes :

⇨ Bâtisses	10, 25 ou 40 ans
⇨ Mobilier de bureau	10 ans
⇨ Équipement informatique	5 ans
⇨ Améliorations locatives	15 ans

Réserve pour réparations majeures

Les produits d'intérêts gagnés grâce à la réserve pour réparations majeures sont constatés comme des augmentations directes des actifs nets. De plus, la contribution pour rénovations majeures est maintenant comptabilisée par affectation directement à l'état de l'évolution des actifs nets au lieu d'être comptabilisée comme produits de l'exercice.

NOTE 9 - CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certains chiffres de l'exercice 2009 ont été reclassés pour les rendre conformes à la présentation adoptée en 2010. De plus, les fonds affectés des immobilisations et des équipements ont été abolis. L'information se retrouve désormais dans le fonds des immobilisations de l'Agence.

ANNEXE A

Code d'éthique et de déontologie

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

(Règlement n° 1 de 2002)

Codification permanente : **Reg-eth-01**

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;
3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale (CMR) et d'un avis du Département régional de médecine générale (DRMG);
4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;
5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

> *« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée.

D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

   Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

   Notamment, il :
   - traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
   - traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
   - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
   - prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

   L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

   L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

   Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

   a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;

   b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

   c) « **Code** » désigne le présent Code;

   d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

   e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;

   f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;

   g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

    Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

    Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.

24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

    Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.

44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.

46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.

47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.

56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :

a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE B

Reddition de comptes : Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'exercice 2009-2010

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2009-2010

ANNEXE B

1.1 - SANTÉ PUBLIQUE

Programme : *Prévention et contrôle des infections nosocomiales*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Consolider les activités de prévention et contrôle des infections (PCI) dans les CSSS de la Côte-Nord :											
➢ Adopter le « Plan d'action régional en PCI ».	Adoption du Plan d'action par le CA de l'établissement	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		
➢ Opérationnaliser les activités prévues au « Plan d'action régional en PCI », particulièrement en ce qui a trait à la structure de base du service de PCI pour l'année 2008-2009 soit réaliser des activités de PCI dans les milieux de longue durée, élaborer un programme de PCI, mettre sur pied un Comité de prévention des infections (PCI) fonctionnel, répondre aux demandes ponctuelles provenant du secteur communautaire, d'autres établissements ou organisations sur le territoire).	Suivi de l'opérationnalisation des activités	31 mars 2009 31 mars 2010	Partielle	Partielle	Partielle	Partielle	Partielle	Partielle	Partielle		
➢ Assurer un rôle d'expert-conseil et de soutien à distance auprès des CSSS périphériques desservis.	Confirmation du rôle d'expert-conseil et de soutien à distance auprès des CSSS périphériques	31 mars 2009 31 mars 2010		Oui		Oui					
➢ Au besoin, soutenir sur place les CSSS périphériques dans l'évaluation, l'intervention et le suivi de situations critiques (ex. : éclosion non contrôlée).	Confirmation du soutien sur place lors de situations critiques	31 mars 2009 31 mars 2010		Sans objet		Sans objet					

Programme : *Maladies infectieuses*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Collaborer aux consultations dans le cadre de l'élaboration du cadre de référence concernant le partage des responsabilités en regard des enquêtes épidémiologiques (consultation).	Cadre de référence	31 mars 2009 31 mars 2010	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Non disponible	
Collaborer aux consultations dans le cadre de l'élaboration du Plan de mobilisation des ressources (consultation).	Plan de mobilisation des ressources	31 mars 2009 31 mars 2010	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Non disponible	
Collaborer à l'implantation du système de surveillance et de protection PANORAMA au besoin (ex. : gestion des produits immunisants).	Implantation du système	31 mars 2009 31 mars 2010	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Non disponible	

Programme : *Habitudes de vie et maladies infectieuses*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Plan d'action sur les saines habitudes de vie (PASHV) :											
➢ Mettre en œuvre le Plan d'action sur les saines habitudes de vie (PASHV).		31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
➢ Désigner un agent de prévention et de promotion.	Confirmer le nom de l'agent au DSP	31 décembre 2008	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
➢ Maintenir les services de cessation tabagique.	Nombre de fumeurs (groupe et individu)	Annuel	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui		
➢ Participer à l'élaboration et à la réalisation d'activités de promotion de la santé visant les saines habitudes de vie.	Activités réalisées	Annuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
➢ Participer à l'organisation des rencontres locales relatives à l'appropriation du SIPPS.	Rencontre à réaliser	31 décembre 2008	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	
➢ Financement pour la présence d'un agent de prévention et de promotion de la santé au CLSC Naskapi.	Aucun	31 décembre 2008								Oui	

Programme : *Santé dentaire*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Appliquer le Plan d'action en santé dentaire.	Confirmation	31 mars 2009		Oui							

Programme : *Influenza*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Réaliser une clinique de vaccination de masse (sans rendez-vous).	Bilan des activités réalisées selon la grille fournie	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non disponible	

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2009-2010

Programme : *Développement social et déploiement des PAG*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Mise en place d'un poste d'organisateur communautaire en concertation avec les organismes du milieu afin de générer des conditions favorables au développement des enfants.	Rapport de réalisation de projet Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui								
Assurer l'animation et le fonctionnement du chantier local.	Dépôt de la constitution du chantier local et/ou de l'instance locale Son mandat est le développement de projets rehaussant les capitaux	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui		
Assurer la mise en place et le fonctionnement d'une instance locale de concertation visant la mise en œuvre des PAG (pauvreté et exclusion sociale et lutte à la pauvreté).	Mise en œuvre	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Partielle		
Assurer la réalisation d'un projet sur le développement social découlant des PAG.	Titre du projet avec description sommaire et étapes à réaliser	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Partielle		
Faciliter la participation des intervenants du CSSS aux activités de formation portant sur le développement social.	Nombre de participants	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Non disponible	Oui	Non	Non	Oui	Non		
Programme : *Services en périnatalité*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Participer à la collecte de données régionales SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance).	Compléter la grille fournie par l'Agence	31 mars 2009	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Sans objet	
Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématique portée à la connaissance de l'ensemble du personnel et des bénévoles.	Politique entérinée par le CSSS	31 mars 2009	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Sans objet	
Planification et diffusion d'une formation sur l'allaitement auprès du personnel du CSSS.	Nombre d'activités offertes et nombre de participants à la formation	31 mars 2010	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Sans objet	
Planifier l'organisation du soutien à l'allaitement sur la base d'entente entre les CSSS et les organismes concernés.	Entente entre les CSSS et les organismes concernés Compte rendu de la description des activités et du nombre d'activités offertes	31 mars 2009		Oui		Non					
Planifier l'organisation du soutien à l'allaitement.	Compte rendu de la description des activités et du nombre d'activités offertes	31 mars 2009	Oui		Oui		Oui	Oui	Oui	Sans objet	
Programme : *Administration des vaccins du Programme d'immunisation du Québec*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Récurrence du financement pour le budget de soutien à l'administration des vaccins du Programme d'immunisation du Québec.	Aucun	1er avril 2008 31 mars 2009	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non disponible	

1.2 - SERVICES GÉNÉRAUX

Programme : *Info-Social*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Soutien à l'implantation du service Info-Social.	Sans objet	31 mars 2009					Oui				
Collaborer à l'implantation d'un projet pilote dans l'un des CSSS de la région relativement à la mise en place d'un service d'accueil : évaluation, orientation et référence téléphonique (mandat AEOR) centralisé au service Info-Social.	Sans objet	Sans objet					Oui				
Programme : *Services psychosociaux généraux*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Financement non récurrent de 0,5 ETP pour favoriser l'implantation du guichet d'accès unique en vue de diminuer la liste d'attente.	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009				Oui					

ANNEXE B

Programme : *Services généraux et centres désignés pour les victimes d'agression sexuelle*	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Adopter la résolution et le protocole confirmant le rôle de centre désigné pour recevoir les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence, pour les trois CSSS ayant reçu la formation relative à cette implantation.	Résolution du CA	31 mars 2009		Non		Non		Oui			
Assurer leur participation à la formation relativement à l'implantation comme centre désigné pour recevoir les victimes d'agression sexuelle en situation d'urgence.	Participation à la formation	30 juin 2009	Non		Oui		Oui		Oui		

1.3 - PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

Programme : *Plan d'action 2005-2010*	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Assurer l'avancement de la mise en œuvre des mesures inscrites dans le Plan d'action du Québec 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie ainsi que dans celui de la Côte-Nord 2006-2010 sur le vieillissement de la population :											
➢ Dresser le profil ISO-SMAF des usagers inscrits dans IMAGES pour chaque nouvelle demande d'hébergement.	Données intégrées à IMAGES	31 mars 2009 31 mars 2010	Non					Oui			
➢ Implanter une Table locale multisectorielle pour contrer les abus et les mauvais traitements à l'endroit des aînés.	Présence d'une Table multisectorielle Identification d'un organisme fiduciaire Présentation d'un plan d'action	31 mars 2010	Oui	Oui	Oui	Oui					

Programme : *CHSLD - Quatre lits de dépannage à Bergeronnes*	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Implantation de quatre lits de dépannage et de convalescence avec la collaboration d'un organisme communautaire.	Accréditation de la ressource	À voir	Oui								

Programme : *Ressource d'hébergement - ressources intermédiaires*	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Gestion d'une place additionnelle en ressource de type familial.	Attestation de modification d'une ressource intermédiaire	14 avril 2008	Oui								
Rehaussement budgétaire pour le financement de la résidence Lafontaine afin de tenir compte de la hausse du taux d'occupation.		1er avril 2008				Oui					
Création de deux places additionnelles à la résidence Lafontaine pour une clientèle avec déficits cognitifs importants exigeant un milieu adapté.	Attestation de modification d'une ressource intermédiaire	31 mars 2009				Oui					
Création de treize places additionnelles au Centre de convalescence Pie XII.	Attestation de modification de ressources intermédiaires	Juillet 2008 (8 places) Janvier 2009 (6 places)		Oui							

Programme : *Organisateur communautaire*	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Mise en place d'un poste d'organisateur communautaire, en concertation avec le milieu, afin de générer des conditions favorables à la création de nouvelles ressources d'entraide et d'hébergement favorisant le maintien dans leur communauté des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, et ce, conformément au Plan d'action régional 2006-2010.	Rapport de réalisation de projet et confirmation de la titularisation	31 mars 2009 31 mars 2010	Non								

1.4 - DÉFICIENCE PHYSIQUE

Programme : *Ressources intermédiaires*	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
Résultats attendus			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Développer six nouvelles places de ressource intermédiaire, au Répit Richelieu de Sept-Îles, dédiées à une clientèle de quinze à 25 ans ayant des problèmes de déficience motrice ainsi qu'une place de répit dépannage.	Contrat CSSS / Organisme	31 mars 2009 31 mars 2010				Oui					

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou regionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2009-2010

Programme : *Transport et hébergement* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Consolider le budget sur le transport et l'hébergement des personnes handicapées.	Dépôt du rapport d'étude et recommandations	15 décembre 2008									Oui
	Rapport financier	31 mars 2009 31 mars 2010									Oui

Programme : *Services de réadaptation de première ligne* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Rehaussement d'un poste d'éducatrice spécialisée afin d'éliminer l'attente au niveau de la stimulation du langage.	Rapport du délai de prise en charge pour des services de stimulation du langage pour les enfants ciblés en 2008	31 mars 2009 31 mars 2010			Oui						

Programme : *Plan d'accès* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Participer activement à la mise en place du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.	Plan d'action	Novembre 2008 Mars 2009 Mars 2010	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui

Programme : *Centre de réadaptation en déficience physique* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Élaborer un plan de gestion de la main-d'œuvre.	Plan d'action	31 octobre 2008									Oui

Programme : *Services d'audiologie (première ligne) pour l'est de la région* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Rehaussement des services de première ligne en centre de santé et démarrage du programme de services spécialisés par le CPRCN.	Plan d'action par le CSSS de Sept-Îles	15 octobre 2008				Oui					
	Entente signée entre le CPRCN et le CSSS de Sept-Îles	15 octobre 2008				Oui					

Programme : *Besoins spécifiques des usagers* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Financement afin de compenser les dépenses encourues pour l'encadrement intensif d'un usager.	Confirmation de la présence de l'usager	Décembre 2008 Mars 2010		Oui		Oui					

1.5 - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)

Programme : *Plan d'accès* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Participer activement à la mise en place du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience.	Plan d'action	Novembre 2008 Mars 2009	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui

Programme : *Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et TED* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Élaborer un plan de gestion de la main-d'œuvre.	Plan d'action	31 octobre 2008									Oui

1.6 - JEUNES EN DIFFICULTÉ

Programme : *Équipe d'intervention de crise* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Consolider l'implantation du programme d'intervention de crise.	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement Bilan annuel	31 mars 2009		Non							

ANNEXE B

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2009-2010

Programme : *Équinoxe* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Allocation récurrente pour le financement du deuxième poste de l'équipe d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu ayant débuté en 2003-2004.	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009				Non					
Programme : *Équipe d'intervention jeunesse* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Maintenir les services de l'équipe d'intervention jeunesse.	Bilan annuel	31 mars 2009				Non					
Programme : *Centre jeunesse* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Élaborer un plan de gestion de la main-d'œuvre.	Plan d'action	31 octobre 2008									Oui
1.7 - DÉPENDANCES											
Programme : *Alcochoix et actions préventives sur les dépendances* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Mise en oeuvre du programme Alcochoix +.	Bilan du nombre de clients desservis	31 mars 2009 31 mars 2010	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	
1.8 - SANTÉ MENTALE											
Programme : *Implantation du guichet d'accès unique* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Financement non récurrent de 0,5 ETP pour favoriser la réorganisation entre la 1re et la 2e ligne et l'implantation d'un guichet d'accès au CSSS de Sept-Îles.	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009				Oui					
Dépôt d'un plan de travail déterminant les objectifs et les échéanciers permettant de confirmer l'offre de service en santé mentale au Plan d'action ministériel 2005-2010 du MSSS ainsi qu'aux priorités identifiées dans le projet clinique.	Dépôt du plan de travail	31 octobre 2008				Oui					
Programme : *Séjour sur civière à l'urgence, garde psychosociale* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Allocation pour assurer la présence d'un intervenant, afin de dispenser des interventions face à face dans les moments où il est plus difficile de faire un rappel au travail soit les fins de semaine et les jours fériés, dans le but de diminuer le temps d'attente à l'urgence.	Rapport-bilan sur l'efficacité de la mesure	31 octobre 2008		Oui		Oui					
Programme : *Suivi variable dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Définir le programme de soutien d'intensité variable en lien avec le projet clinique.	Rapport définissant le programme	31 octobre 2008			Oui						
1.9 - SANTÉ PHYSIQUE											
Programme : *Accoucher loin du milieu de vie* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Investissement afin d'aider les familles qui doivent assumer les frais de déplacement et d'hébergement associés à l'accouchement des femmes vivant en milieu éloigné ou isolé.	Confirmer le nombre de familles rejointes	31 mars 2009 31 mars 2010					Oui	Oui	Oui		
Programme : *Mise en service du 811* / **Résultats attendus**	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
			HCN	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Ajout de deux ETP infirmières afin de soutenir le service Info-Santé dans l'atteinte de ses objectifs ministériels à la suite de la mise en service du 811.	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009					Oui				

ANNEXE B

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2009-2010

Programme : *Séjour moyen à l'urgence*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Dans un but de coordination et d'intégration des services, consolider et confirmer la récurrence du financement des infirmières de liaison à l'urgence ainsi que le remplacement lors d'absence.	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009		Oui		Oui					
Documenter tous les séjours de 48 heures et plus à l'urgence.	Transmission périodique d'un rapport à l'Agence avec les actions entreprises	31 mars 2009		Oui		Oui					

Programme : *Performance de l'urgence*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Participer aux rencontres d'un comité conjoint Agence et CSSS afin d'optimiser la performance de l'établissement.	Compte rendu des rencontres	31 mars 2009		Oui		Oui					

Programme : *Suivi des recommandations du CCNU*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Révision du plan d'action local qui intègre les recommandations du groupe conseil du CCNU et du guide de gestion des salles d'urgence.	Dépôt du plan d'action local révisé	31 mars 2009	Non	Oui		Partielle					

Programme : *Service de première ligne*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Organiser une première ligne forte en tenant compte d'un travail de partenariat de type GMF.	Création d'un GMF	31 mars 2009	Non								

Programme : *Accès aux services médicaux spécialisés*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Inscription de la clientèle dans SIMASS.	Inscription 100 %	1er avril 2008		Oui		Oui					
Suivi personnalisé (transmission d'une lettre et appel au 30e jour).	Transmission de la lettre 100 %	1er avril 2008		Oui		Oui					
Deuxième offre pour les chirurgies sous garantie d'accès (hanche, genou, cataracte).	Deuxième offre 100 %	1er avril 2008		Non		Non					
Mise en place de corridors de service intra ou extra régionaux pour la clientèle sous garantie d'accès.	Formalisation des ententes de service	1er mars 2009		Non		Non					
Faire rapport, tous les trois mois, de l'état des listes d'attente aux membres du conseil d'administration des établissements.	Compte-rendu des CA	1er avril 2008		Oui		Oui					
Identification de l'inscription de la clientèle oncologique à compter du 1er mai 2008.	Inscription 100 %	1er mai 2008		Oui		Oui					
Inscription de la clientèle traitée en urgence à compter du 1er mai 2008.	Inscription 100 %	1er avril 2008		Oui		Oui					

Programme : *Services dentaires curatifs*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Allocation attribuée au CLSC Naskapi pour le soutien à la pratique d'un dentiste.	Formulaire de confirmation de l'utilisation des crédits de développement	31 mars 2009 31 mars 2010									

Programme : *Services médicaux spécialisés*	**Bien livrable**	**Échéance**	**Réalisation**								
Résultats attendus			**HCN**	**Manic**	**Port-Cartier**	**Sept-Îles**	**Minganie**	**BCN**	**Hématite**	**Naskapi**	**CPRCN**
Épurer les listes d'attente en services diagnostiques.	Confirmation écrite Transmission à l'Agence du nombre de patients en attente par spécialité Transmission des délais d'attente par spécialité	31 mars 2009		Oui							

ANNEXE B

Reddition de comptes :
Engagements spécifiques à portée locale, sous régionale ou régionale
signifiés aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité pour l'année 2009-2010

ANNEXE B

PROGRAMMES - SERVICES : MULTICLIENTÈLE

Programme : *Allocation directe pour les personnes handicapées* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Porter le tarif horaire du chèque emploi-service dans le cadre du programme d'allocation directe pour les personnes handicapées de 10,00 $ à 11,00 $ pour une augmentation de 1,00 $ de l'heure, au 1er avril 2008.	Majoration du tarif horaire au 1er avril 2008	À la réception du financement	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Confirmation du financement afin de porter le tarif horaire du chèque emploi-service dans le cadre du programme d'allocation directe à 10,00 $.	Confirmation de la date de début des services	1er avril 2008								Oui	

PRIORITÉ RÉGIONALE : LES AÎNÉS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES

Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Déploiement du projet PALV-maladies chroniques	Dépôt du modèle local et confirmation de la titularisation (voir indicateur du cadre régional proposé pour suivi des actions)	31 mars 2009 31 mars 2010				Oui	Oui		Oui		
	Participer aux collectes de données en lien avec l'évaluation du projet (ex. : implantation) et des redditions de comptes du MSSS au regard de l'actualisation de la priorité régionale	31 mars 2009 31 mars 2010				Non	Non		Oui		

PROGRAMMES - SERVICES : GESTION DES BÂTIMENTS - ÉQUIPEMENT

Programme : *Location de logements* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Consolider le financement pour l'ajout net de quatre logements pour loger des employés		1er avril 2008						Oui			

2.1 - ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES

Programme : *Sécurité des actifs informationnels* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Transmettre à la coordonnatrice régionale de la sécurité des actifs informationnels les données provisoires du bilan annuel de l'établissement concernant les activités réalisées en lien avec le cadre global et les incidents en matière de sécurité des actifs informationnels.	Données provisoires du bilan annuel de l'établissement	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Déposer à la coordonnatrice régionale de la sécurité des actifs informationnels, à la suite de l'adoption du conseil d'administration de l'établissement, un bilan annuel des activités et des incidents en matière de sécurité des actifs informationnels.	Bilan annuel	31 mars 2009 31 mars 2010	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui

REDDITION DE COMPTES

Programme : *I-CLSC* / Résultats attendus	Bien livrable	Échéance	Réalisation								
			HCN	Manic	Port-Cartier	Sept-Îles	Minganie	BCN	Hématite	Naskapi	CPRCN
Transmettre à la RAMQ les données saisies dans I-CLSC selon le calendrier prévu aux ententes de gestion et d'imputabilité.	Transmission des données	31 mars 2009								Non	

Légende :

Situation ne s'applique pas pour l'établissement

ANNEXE C

Répartition des maladies à déclaration obligatoire déclarées en 2009

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2009 SELON LES TERRITOIRES DE CSSS ET LA RÉGION CÔTE-NORD

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Hématite	CLSC Naskapi	TOTAL CÔTE-NORD 2009 (incluant les communautés autochtones)
Maladies entériques									
Amibiase		1							1
Infection à *Escherichia coli* producteur de vérocytotoxine		1							1
Gastroentérite à *Yersinia entérocolitica*	1	2							3
Giardiase	3	5	2	1		2			13
Hépatite A		1							1
Infection à campylobacter	1	9	1	4	1	2			18
Salmonellose	3	6	2	3	1			4	19
Infections transmissibles sexuellement et par le sang									
Hépatite B (porteur chronique)	2						2		4
Hépatite C	1	2	3	4					10
Infection à *Chlamydia trachomatis*	17	68	8	98	13	29	9	8	250
Infection gonococcique				3		2			5
Syphilis				2					2
Maladies évitables par l'immunisation									
Coqueluche				1					1
Infection invasive à *Haemophilus influenzae*		2		2		1			5*
Infection invasive à *Streptocoque pneumoniae*	1	9		10		1			21
Autres									
Infection invasive à streptocoque du groupe A		3		2		1		1	7
Légionellose				1					1
Tuberculose				4				2	6
Tularémie		1							1
TOTAL	**29**	**110**	**16**	**135**	**15**	**38**	**11**	**15**	**369**

* Dont un de type B.

Source : Registre provincial des MADO, laboratoire de santé publique du Québec, région Côte-Nord, 1er janvier au 31 décembre 2009.

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone: (418) 589-9845
Télécopieur: (418) 589-8574